Dr. E. BLEULER
ОРД. ПРОФ. ПСИХІАТРІИ ВЪ ЦЮРИХСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ

РУКОВОДСТВО ПО ПСИХІАТРІИ

ПЕРЕВОДЪ СЪ ДОПОЛНЕНІЯМИ ПО ПОСЛѢДНЕМУ 3-МУ НѢМЕЦКОМУ ИЗДАНІЮ Д-РА **А. С. РОЗЕНТАЛЬ.**

СЪ 51 РИС. ВЪ ТЕКСТѢ



БЕРЛИНЪ
ИЗДАТЕЛЬСТВО Т-ВА «ВРАЧЪ»
1920.

ББК 56.1

ISBN 5-85494-009-4

Предисловіе къ первому изданію.

Предлагаемая книга должна служить пособіемъ для медика и должна дать ему свѣдѣнія, необходимыя для практики. Однако для полнаго пониманія предмета необходимо посѣщеніе психіатрической клиники, которая иллюстрируетъ изложеніе, а главное научаетъ, что собственно нужно понимать подъ психіатрическими терминами. Къ сожалѣнію, каждый преподаватель вкладываетъ въ послѣдніе свое особое содержаніе; еще хуже, что за этими терминами кроются понятія, лишенныя единства, а часто и необходимой ясности. Я старался оперировать точными понятіями; тамъ, гдѣ это невозможно, я опредѣленно на это указываю; неточныя понятія, когда они ошибочно считаются точными, больше вредятъ правильному пониманію дѣлу, чѣмъ незнаніе. Необходимость считаться съ объемомъ книги неизбѣжно привела къ тому, что изложеніе психологіи пришлось нѣсколько систематизировать, несмотря на (безконечное) многообразіе предмета.

Въ соотвѣтствіи съ назначеніемъ книги служить пособіемъ я, не стѣсняясь, повторялся кое въ чемъ, упоминая одно и то же по нѣсколько разъ въ различныхъ соотношеніяхъ. Простыя ссылки на сказанное не приводятъ къ цѣли. Въ остальномъ я стремился къ сжатости изложенія, не останавливаясь на томъ, что понятно и безъ того, въ родѣ значенія анамнеза для дифференціальнаго діагноза въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Къ сожалѣнію, далеко не всѣ еще студенты медицины должнымъ образомъ разбираются въ психологическихъ, а тѣмъ менѣе въ психіатрическихъ вопрсахъ. Я предпочитаю имѣть въ виду прежде всего тѣхъ, которые хотятъ и могутъ понимать. Закругленныя и отдѣланныя картины болѣзни легко усваиваются, но съ трудомъ мирятся съ дѣйствительностью, на которую онѣ столько же походятъ, сколько Орлеанская Дѣва Шиллера походитъ на историческую Дѣву. Соотвѣтствующее жизни изложеніе болѣзней требуетъ больше работы. Я думаю однако, что учебникъ пишется не для заучиванія

наизусть, а для того чтобы надъ нимъ думали, а учебникъ для студентовъ долженъ вести и къ дальнѣйшему развитію мысли [1]).

Довольно большое значеніе я придаю психологическому пониманію, ибо псхіатрія безъ психологіи это все равно, что патологія безъ физіологіи, а кромѣ того, хорошимъ врачемъ можетъ быть лишь тотъ, кто охватываетъ умомъ всего человѣка цѣликомъ; въ настоящее время психологическое мышленіе затрудняется для медика тѣмъ, что общая тренировка его мышленія идетъ въ другомъ направленіи; необходимо создать противовѣсъ этому [2]). Впрочемъ, нѣкоторая степень психологическаго пониманія все больше входитъ необходимой составной частью въ общее образованіе; я съ этимъ тоже отчасти считался.

Однако до сихъ поръ еще, къ сожалѣнію, каждый долженъ самъ создавать для себя болѣе специальные психологическіе термины; употребляемые въ этой книгѣ термины возникли на почвѣ наблюденія и испытывались въ жизни въ теченіе 35 лѣтъ. Однако не удалось избѣжать нѣкоторой теоретической окраски терминовъ, ибо сама рѣчь не располагаетъ безпристрастными выраженіями. Тотъ, кто въ своихъ психологическихъ воззрѣніяхъ расходится съ авторомъ, не затруднится все же примѣнить къ своимъ взглядамъ термины и понятія, разъ только онъ ихъ пойметъ.

Точно такимъ же образомъ не опредѣлилась еще окончательно и классификація психозовъ. Вводить здѣсь безъ достаточныхъ основаній новыя понятія или заново перекраивать старыя я считалъ бы несправедливостью по отношенію къ студентамъ; ввиду этого я придерживался по возможности точно разъ принятой классификаціи, на почвѣ которой въ псхіатріи, какъ и въ другихъ дисциплинахъ, допустимы отклоненія, отъ принятаго пониманія. Почему я выбралъ именно систематику Kraepelin'a [3]), я разъясняю кратко въ главѣ O.

Въ общемъ психопатологію можно сравнить съ наброскомъ карты обширной страны, которую прорѣзаетъ лишь нѣсколько проходимыхъ дорогъ; наибольшее пространство занимаютъ пробѣлы.

Zürich-Burghölzli, Августъ 1916.

E. Bleuler.

Предисловіе къ 3-му изданію.

И на этотъ разъ измѣнено въ мелочахъ много, принципіально ничего. Въ соотвѣтствіи съ ростомъ психологическаго пониманія обращено больше вниманія на психопатическія реакціи; перемѣще-

1) Я надѣюсь также, что книга будетъ и практическому врачу служить въ качествѣ справочника, и до нѣкоторой степени считался съ этимъ. Кто удовольствуется самыми необходимыми свѣдѣніями по псхіатріи, тотъ можетъ опустить мелкій шрифтъ.

2) Bleuler Необходимость преподаванія медицинской психологіи. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge № 701 Leipzig Barth 1914.

3) Kraepelin Псхіатрія 8-ое изд. Barth, Leipzig, 1909—1915.

ніямъ аффектовъ и неправильнымъ установкамъ психики, столь важнымъ для практической психологіи, посвящена для оріентировки небольшая глава; объяснено дѣйствіе „отреагированія“; вся группа реактивныхъ психозовъ сведена воедино съ неврозами. И въ органическихъ психозахъ общія черты нагляднѣе изложены въ одномъ мѣстѣ. Пресбіофренія выдѣлена изъ простого старческаго слабоумія, съ которымъ она неправильно была связана. Ощущаемую мною и другими потребность полнѣе изложить психопатіи — поскольку можно говорить о полнотѣ по отношенію къ этой неисчерпаемой темѣ—я не могъ удовлетворить, отчасти потому, что у насъ нѣтъ еще должной перспективы, а главное потому, что такое изложеніе завело бы насъ далеко за предѣлы этой книги. О психопатахъ можно сказать гораздо больше, чѣмъ о душевныхъ болѣзняхъ въ тѣсномъ смыслѣ слова. Незначительныя измѣненія внесены въ патологію аффективныхъ разстройствъ и въ теорію галлюцинацій. Добавлены небольшія замѣтки объ искусственномъ кормленіи и о европейской сонной болѣзни.

Сведеніе многихъ болѣзней подъ одну общую точку зрѣнія повлекло за собою по необходимости нѣкоторыя внѣшнія отклоненія отъ Kraepelin'овской классификаціи; по существу однако систематика осталась та же.

Кто интересуется литературой, того я отсылаю къ Handbuch der Psychiatrie Aschaffenburg'a.

Zürich, Апрѣль 1920.

E. Bleuler.

Предисловіе къ русскому переводу.

Русская медицинская литература очень бѣдна оригинальными руководствами по психіатріи, а имѣющіяся въ значительной степени устарѣли. Изъ переводныхъ имѣется лишь „Психіатрія“ Kraepelin'a, но не послѣднее изданіе, да къ тому же эта книга слишкомъ громоздкая; кромѣ того имѣется руководство Binsvanger'a и Siemerling'a, но оно устарѣло и къ тому же не придерживается Kraepelin'овской классификаціи.

Въ виду этого я съ удовольствіемъ принялъ предложеніе издательства „Врачъ“ взять на себя переводъ руководства Bleuler'a на русскій языкъ. Имя Bleuler'a говоритъ само за себя. Его руководство представляетъ счастливое сочетаніе сжатости изложенія и полноты содержанія. Построенное на Kraepelin'овской классификаціи, оно вмѣстѣ съ тѣмъ носитъ на себѣ печать оригинальнаго личнаго творчества автора; послѣднее полно захватывающаго интереса особенно во всемъ, что касается психологическихъ основъ и пониманія психологической структуры и генеза болѣзненныхъ состояній.

Переводъ сдѣланъ со 2-го нѣмецкаго изданія. Печатаніе перевода по техническимъ причинамъ затянулось, тѣмъ временемъ вышло новое (3-ое) изданіе оригинала. Однако принципіальныхъ

измѣненій авторъ не внесъ въ свою книгу, а тѣ небольшія дополненія и измѣненія въ группировкѣ матеріала, которыя авторъ сдѣлалъ, внесены мною въ „добавленіе" въ концѣ книги. Объемъ книги въ 8-мъ нѣмецкомъ изданіи нѣсколько уменьшился, ибо кромѣ дополненій имѣются еще и кое какія сокращенія (аменція, инфекціонные психозы и нѣкот. др.). Такимъ образомъ вышло, что въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ переводъ полнѣе послѣдняго изданія оригинала. Зато въ переводѣ совершенно опущено имѣющееся въ оргиналѣ приложеніе, содержащее „наиболѣе необходимыя свѣдѣнія изъ судебной психіатріи". Изложеніе автора тутъ спеціально приноровлено къ швейцарскому, германскому и австрійскому законодательству, и поэтому врядъ ли пригодится русскому студенту и врачу, а между тѣмъ включеніе этого отдѣла задержало бы выходъ книги въ свѣтъ и сильно удорожило бы ея стоимость.

Отдавая свой переводъ на судъ русскихъ врачей, я долженъ указать, что переводъ, корректура и печатаніе книги происходили въ очень тяжелыхъ техническихъ условіяхъ, и нѣкоторыя погрѣшности объясняются этимъ.

Берлинъ, октябрь 1920.

А. С. Розенталь.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемый читателю репринт учебника по психиатрии Эугена Блейлера, 1921 г., является одним из лучших, ставших классическими руководств.

Многие высказанные здесь идеи, подчас впервые вводимые в оборот, звучат попрежнему современно, особенно на фоне получивших широкое хождение и приписываемых Э. Блейлеру представлений, а на деле оторванных от своего контекста и в результате вульгаризированных и искаженных.

С классической простотой и ясностью написана глава о психиатрическом исследовании, в частности, тактике обнаружения основных и добавочных, первичных и вторичных признаков расстройств психики и личностных аномалий.

Очень современным является большое значение, придаваемое Э. Блейлером знанию психиатром основ психологии, которую он лично обогатил рядом существенных новаций, например, понятием амбивалентности. Поэтому не случайно, что ставшую знаменитой монографию Э. Блейлера «Группы шизофрении» Карл Ясперс встретил словами: «наконец, заново понятая психология знает как проводить анализ этих психозов».

Знаменательно, что цюрихская школа Э. Блейлера единственная в Европе восприняла наиболее продуктивные идеи З. Фройда и творчески интегрировала их.

Хотя имеется уже 15-е издание этого учебника, переработанного Манфредом Блейлером (E. Bleuler. Lehrbuch der Psychiatrie: Springer — Verlag, 1983), сам факт дополнений первого издания свидетельствует о добротности основного корпуса текста.

Профессор *А. К. Ануфриев*

РЕЦЕНЗИЯ НА ИЗДАНИЕ 11

Э. Блейлер. *Учебник психиатрии* *. Изд. 11-е, переработанное М. Блейлером в сотрудничестве с Р. Гессом, В. Менде, Г. Рейзнером, З. Шейдегером и В. Шульте. Берлин — Гейдельберг — Нью-Йорк, 1969, 670 с. (Eugen Bleuler. Lehrbuch der Psychiatrie. Elfte Aufl., umgearb. von Manfred Bleuler. Unter Mitarbeit von Rudolf Hess, Werner Mende, Herbert Reisner, Siegfried Scheidegger, Walter Schulte. Springer Verlag)

Известный учебник психиатрии Э. Блейлера, написанный свыше полувека назад, появился в начале 1969 г. в 11-м издании; этот факт свидетельствует о неизменном успехе, которым в течение столь длительного периода пользуется книга. Новое издание, как и все предыдущие, опубликованные после смерти Э. Блейлера в 1939 г., было переработано его сыном, Манфредом Блейлером. Изменения, внесенные в текст учебника, довольно значительные; как сообщает М. Блейлер, почти половина книги написана заново. Значительно возрос и объем учебника, который в настоящем виде содержит 670 страниц и, таким образом, несомненно стал более пригодным в качестве руководства или справочника для врача, нежели учебного пособия для студентов. Характерная особенность учебника состоит в том, что, несмотря на значительное увеличение изложенного в нем материала, он оставался — по крайней мере в отношении проблем клинической психиатрии — творчеством одного автора и вследствие этого сохранял свойственную ему с самого начала печать индивидуальности и оригинальности; соавторами, участвовавшими в последнем издании, написаны лишь некоторые посвященные специальным вопросам главы, например разделы, содержащие изложение — кстати, четкое и интересное — роли электроэнцефалографии в психиатрической клинике (автор Р. Гесс), описание патологоанатомических данных (З. Шейдеггер) и освещающих ряд судебно-психиатрических вопросов в ФРГ и Австрии.

---

* Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова т. LXIX, вып. 9. М. Медицина, 1969.

Среди многочисленных учебников, созданных в первые десятилетия нашего века в зарубежной психиатрии, книга Блейлера выделялась рядом особенностей: 1) основной акцент ставился на описание «больших психозов» (создание учебника, как известно, было начато после завершения монографии о «шизофрениях» в 1911 г.); 2) значительное место занимали критическое осмысливание и изложение некоторых положений психоанализа, а также попытки их частичного приспособления к трактовке психозов, в частности шизофрении; 3) существенную роль при изложении и трактовке предмета психиатрии играли особые взгляды автора на психологию, которой он посвятил ряд специальных монографий (кстати, в своем первоначальном виде учебник содержал большое «психологическое введение», заменяющее традиционное изложение общей психопатологии).

Следы этих основных позиций, в которых в значительной степени заключалась особая роль Э. Блейлера и его учебника в истории зарубежной психиатрии нашего века, заметны и в настоящем, «модернизированном» издании книги. Образность, оригинальность и высокий клинический уровень описания клинической картины и психопатологических особенностей больших психозов составляют и теперь несомненное достоинство учебника. Вместе с тем М. Блейлер сознательно и правомерно расширил специальную часть книги в сторону более полного охвата пограничного и внебольничного материала. К таким новым клиническим разделам, отличающимся тем же высоким уровнем клинического анализа, относятся, например, главы о новых формах наркомании снотворными и седативными средствами, о психореактивных и психогенных состояниях, о психических расстройствах при эндокринных заболеваниях, клинику которых М. Блейлер, как известно, подробно описал в специальной монографии. Психоаналитические взгляды или, вернее, некоторые общие положения так называемой глубинной психологии по-прежнему играют определенную роль в системе взглядов на общую и частную психиатрию; хотя наметившаяся уже у Э. Блейлера критика ортодоксальных психоаналитических взглядов на развитие детского либидо и его нарушения как источник невротических и психотических заболеваний получила дальнейшее развитие; однако эта критика в основном ведется с распространенных за рубежом «неофрейдистских» позиций и позиций учения о патогенетическом значении нарушений «интерперсональных» отношений и отношений в микросоциологических группах. Подобные взгляды, например, играют определенную роль при обсуждении проблемы возможного психогенеза шизофрении, хотя М. Блейлер по этому вопросу высказывается очень осторожно. «В настоящее время, — пишет он, — клиницисты вряд ли будут оспаривать значение неблагоприятных условий

жизни для генеза шизофрении, однако лишь немногие считают, что только они играют решающую роль». Далее М. Блейлер признает, что в анамнезах больных шизофренией не удается обнаруживать «специфические внешние вредности», и в этом определенный прогресс во взглядах автора по сравнению с высказанными им в ряде публикаций в начале 60-х годов. Что же касается упомянутой выше третьей особенности первых изданий учебника Э. Блейлера — распространения собственных, построенных на учении Земона о «мнеме» психологических взглядах автора на проблемы общей психиатрии, то в новых изданиях в нарастающей степени происходил отказ от подобного психологического обоснования клинической психиатрии.

Общая часть учебника в настоящем виде представляет собой построенную в довольно традиционном стиле общую психопатологию. Хотя сам автор говорит, что «отдельные психические функции» не существуют независимо друг от друга, все же он считает, что такое разделение психической деятельности на отдельные функции необходимо для психопатологии и ее изучения. Вытекающая из такого подхода трактовка общей психопатологии находит выражение в традиционном описании отдельных психопатологических симптомов в их статике и вне зависимости от структурных особенностей, которые они приобретают в рамках того или другого синдрома. Такое узкое понимание задач психопатологии, которое сводит их к статическому описанию психопатологических явлений без учета их динамики, в том числе и возрастного, и не учитывает зависимости особенностей отдельных симптомов от структуры цельного синдрома, придает этому разделу книги «устаревший» характер; во многих отношениях такая трактовка роли психопатологии не соответствует нашему, более широкому пониманию ее задач как одного из основных аспектов общей психиатрии.

В описании отдельных групп психопатологических расстройств наряду с превосходным, сжатым и четким анализом отдельных феноменов встречаются положения, кажущиеся спорными или вызывающие возражения. Вряд ли, например, можно считать удовлетворительным определение «шизофренических галлюцинаций» как представлений, которые в результате основного расстройства, т. е. расщепление психики, «утратили связь с Я больного»; вряд ли можно также согласиться с отнесением бреда «к нарушениям содержания мыслительной деятельности» и с дефиницией бреда как «неправильное представление, возникшее в соответствии с внутренними потребностями»; устаревшей является и классификация бреда по содержанию бредовых идей и т. п.

В общем вопросе о систематизации и классификации психических расстройств Блейлер по сути дела руководствуется прагматическими соображениями. Попытки выделения нозоло-

гических единиц оказались, по его мнению, безуспешными»; только единичные формы болезни, например хорея Гантингтона или белая горячка, «приближаются» к нозологическим единицам. Практически диагностируют по «картинам состояния» (Zustandsbilder) и «синдромам» (правда, разница между этими двумя понятиями с достаточной четкостью не определяется) и, таким образом, приходят к образованию практически пригодных клинических форм, построенных на основании гетерогенных понятий и критериев.

Несомненный интерес представляет развитие понятия «основных форм психического расстройства» (Grundformen), которые можно было бы назвать и «родами» болезней. Блейлер различает следующие «характерные основные формы психического расстройства», которым соответствуют и «принципиальные различия» в действии и месте приложения вредности: «органический психосиндром», развивающийся в результате диффузного поражения мозга, в частности коры; «локальный психосиндром», наблюдающийся при очаговых заболеваниях мозга; «эндокринный психосиндром», вызванный заболеваниями эндокринной системы; «острые экзогенные типы реакций» Бонгеффера, возникающие при общесоматических заболеваниях; психореактивные и психогенные расстройства, вызванные «психическими причинами»; «варианты личности» (психопатия и олигофрении) и, наконец, «эндогенные психозы». Выделение таких внутренне связанных между собой групп («родов») болезней может иметь прогрессивное значение для изучения ряда общих закономерностей. Однако частная концепция Блейлера вызывает два основных возражения: 1) она может тормозить клинико-нозологические исследования, если, как это было в ряде прежних публикаций самого М. Блейлера, выделение таких групп, или «основных форм психического расстройства», сопровождается утверждением принципиального сходства или идентичности клинических проявлений всех форм, входящих в ту или иную группу, и вытекающим из этого утверждения отказом от выявления частных нозологических различий; 2) возникают, как признает и сам автор, трудности при отнесении ряда известных клинических форм к той или другой «основной форме» — неврозы, например, объединяют в себе черты «психореактивных расстройств» и «вариантов личности» (психопатий), в клинике прогрессивного паралича обнаруживаются черты локального и общего органического психосиндрома, а иногда и «экзогенных типов реакций», то же можно сказать и по поводу природы психических расстройств при сосудистых заболеваниях мозга.

Все разделы учебника, посвященные разным аспектам лечения психических расстройств, естественно, значительно расширены, переработаны и приведены в соответствие с современным состоянием науки. Проблемы терапии обсуждаются не только

в главах, посвященных отдельным заболеваниям, в которых вслед за описанием клиники приводятся необходимые данные о лечении, но также в специальном разделе общей части учебника. Этот раздел содержит прежде всего очень интересное, «уравновешенное» и объективное изложение различных методов и возможностей психотерапии, причем, в духе современной деонтологии, особенно подчеркивается значение психотерапевтического контакта между врачом и пациентом. Приводятся также основные данные о других терапевтических методах в психиатрии, о различных видах психотропных средств и показаниях к их назначению, возможных побочных явлениях. Обсуждаются дифференцированные, хотя и суженные, показания к применению других видов активной терапии — инсулиновых ком, длительного сна, ЭСТ и даже «психохирургии», которую автор полностью не отвергает. Однако, несмотря на всестороннюю и в основном объективную информацию о современных возможностях психиатрической терапии, при изучении соответствующих разделов книги, в частности, например, раздела о лечении шизофрении, складывается впечатление, что, во-первых, М. Блейлер рассматривает действие психотропных средств в основном не как патогенетическое, а лишь как седативное, вспомогательное, способствующее психотерапевтическому контакту, и, во-вторых, проблему лечения таких психозов, как шизофрения, он расценивает прежде всего как психотерапевтическую в самом широком смысле (включая все виды реадаптации, ресоциализации и трудовой терапии). М. Блейлер пишет: «Наиболее существенное и всегда показанное лечение больных шизофренией состоит в их терпеливом и длительном психотерапевтическом и консультативном обслуживании».

Для клинициста, естественно, особый интерес представляет специальная часть учебника. Вряд ли имеется необходимость еще раз доказать клинические достоинства учебника, занимающего в течение полувека одно из центральных мест среди аналогических зарубежных изданий, или же подчеркивать высокое мастерство его автора, проявляющееся в тонком психопатологическом анализе и умении выделить главные клинические особенности отдельных форм заболевания. Нам хотелось бы остановиться лишь на двух моментах, которые бросаются в глаза при чтении этой части книги. Это прежде всего неравномерность степени и объема переработки, которой подвергались различные клинические главы учебника. В то время как некоторые из них насыщены новыми фактическими данными и доведены таким путем до современного уровня учения о соответствующих клинических формах, в других главах отмечается заметное отставание от накопленных в соответствующих областях клинических знаний и возникших новых научных вопросов.

Особой полнотой и всесторонностью освещения клинического материала отличаются, например, главы об эпилепсиях, психических расстройствах при эндокринных заболеваниях, алкоголизме, наркоманиях, олигофрениях и др. В главе, посвященной эпилепсиям, мы находим, например, очень четкое и образное описание различных типов эпилептических припадков и пароксизмов, острых и постоянных психических изменений, электроэнцефалографических данных; приводятся современные научные сведения, имеющие отношение к патогенезу и этиологии эпилептических состояний, к их научной классификации и лечению. Новейшие научные данные используются также для дифференциации олигофрений по этиологическому и патогенетическому принципу; заслуживает особого внимания, что от собственно олигофрении Блейлер отличает «родственные ей нарушения» — инфантилизм, «салонное слабоумие» и другие виды «относительной» умственной недостаточности. В отношении генеза инфантилизма автор, однако, высказывает лишь неопределенные предположения; возможности возникновения таких изменений как последствия раннего шизофренического приступа он не упоминает. Подробное и всестороннее описание различных видов наркоманий, связанных с ними явлений абстиненции и осложнений соответствует, по-видимому, практическим нуждам зарубежной психиатрии. Известные исследования М. Блейлера в области психических изменений при эндокринных заболеваниях получили полное отражение и в учебнике. Сказанное далеко не исчерпывает многочисленных, полноценных в научном и клиническом отношении описаний специальных психических расстройств; остановиться на всех достоинствах клинической части книги, естественно, не представляется возможным.

Как уже сказано, в отношении ряда клинических вопросов неравномерный характер переработки клинических глав выражается в отставании от современного состояния клинических исследований, от накопленных клинических факторов и открывшихся новых проблем. Это относится — назовем только один яркий пример — к главе о психических расстройствах позднего возраста. Описание основных относящихся к этой области клинических форм — сенильной деменции и церебрального артериосклероза — очень бедно, не дается дифференцированного типологического описания различных форм деменции, не приводятся сколько-нибудь достаточные данные о психотических расстройствах при обоих органических процессах, не обсуждается проблема отношения «функциональных психозов» позднего возраста (о которых в книге вообще не говорится) к ослабоумливающим процессам и т. д.; иначе говоря, весь этот раздел написан на уровне знаний 10—20-х годов. По-видимому, в отсутствии всяких попыток клинико-психопатологических разграничений в этой области определенную роль сыграло неоднократно подчеркну-

тое автором общее положение, что внутри «органического психосиндрома» нозологические разграничения или выделение характерных в нозологическом отношении клинических типов невозможны.

Однако возрастному аспекту изучения психических расстройств вообще уделяется при обсуждении клинических наблюдений очень мало внимания; проблема возрастных (инволюционных и т. п.) психозов почти не обсуждается.

Необходимо отметить еще следующее. В ряде глав бросается в глаза определенное несоответствие между значительным объемом приведенных новых клинических материалов и известной косностью в трактовке некоторых клинических форм. Так, например, в изложении современного состояния учения о маникально-депрессивном психозе мы почти не находим отражения накопленных наблюдений (К. Шнейдер, Вейтбрехт и др.), расширяющих типологию депрессивных состояний; в главе об «остром экзогенном типе реакции» не рассматриваются новые данные о закономерностях течения симптоматических психозов, о так называемых переходных (промежуточных и т. д.) синдромах. В основном «по-старому» изложено и учение о психопатиях: чисто описательно, «несистематически» (по выражению К. Шнейдера) выделяются примерно те же психопатические типы, которые были описаны еще Крепелином, Каном, К. Шнейдером и др.; вопрос о динамике психопатий не поднимается. «Особняком» стоит «шизоидная» и «циклоидная» психопатия, имеющая, по Кречмеру, «неясные пока конституционально-биологические отношения» к эндогенным психозам, но приводятся такие устаревшие формы, как «моральное помешательство». Примеры такого консерватизма в клинической трактовке можно было бы умножить; мы ограничиваемся, однако, некоторыми заключительными замечаниями по поводу трактовки шизофрении в учебнике Блейлера.

Общеизвестны заслуги Э. Блейлера в создании клиники и психопатологии шизофрении, не менее известен и вклад М. Блейлера в учение об этом психозе (напомним лишь его работы о типах течения шизофрении, о поздней шизофрении, о проблеме наследственности и др.); однако, несмотря на то что в распоряжении М. Блейлера находились не только многолетние собственные наблюдения, но и все многообразные данные клинического и патологического изучения шизофрении другими исследователями, обобщение этих разносторонних материалов отличается и известной неопределенностью, и тем же своеобразным консерватизмом, о котором говорилось выше. Назовем здесь только ряд положений, вызывающих сомнения и возражения. Слишком категорическим кажется определение «понятия шизофрений». Если автор называет «шизофрении» психозами, то против этого, конечно, возразить нельзя, но если он

добавляет, что каждое заболевание, относящееся к шизофрении, обязательно должно достигнуть степени и характера «психотического расстройства», то таким определением проблема вялотекущих форм, проявляющихся неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, получает, по-видимому, слишком упрощенное и декларативное решение. Сомнения вызывает также правомерность чисто психологического ответа на вопрос, «какие психозы относятся к шизофрении»; ответ строится на наличии «основного психопатологического критерия — «расщепления», а не на определенном, характерном для заболевания круге психопатологических расстройств, о которых свидетельствует более широкий клинический опыт. М. Блейлер признает возможность различного течения шизофрении, но нельзя согласиться с его утверждением, что это разнообразие вызвано возможностью остановки процесса «на любой его стадии»; в отличие от прежних работ автор четко не выделяет типы или формы течения со свойственными им закономерностями. Может быть, по этой причине он совсем «по-старому» делит шизофрению на 4 прежние формы, т. е. избирает систематику, дающую далеко не полную информацию о клиническом характере заболевания. Говоря о психопатологической симптоматике шизофрении, М. Блейлер, как и Э. Блейлер, различает первичные, теперь названные «основными», симптомы (разорванность мышления, расстройства эмоциональности, деперсонализацию и аутизм) и «акцессорные» (галлюцинации, бред, кататонические расстройства и т. п.); и такое деление, хотя оно в известной степени совпадает с разграничением продуктивных и негативных расстройств, нуждается в уточнении и обсуждении. Не может не вызвать возражения, когда М. Блейлер характеризует современное состояние изучения биологической природы шизофрении констатацией того, что больные шизофренией в основном «соматически здоровые». Также и в отношении изучения роли наследственности при шизофрении М. Блейлер остается на старых, несколько скептических позициях.

Этими замечаниями мы хотели показать, что глава учебника о шизофрении может и должна вызвать особенно оживленную дискуссию. Можно вообще полагать, что одна из основных особенностей учебника Блейлера заключается в том, что наряду с изложением достоверных клинических данных он касается спорных вопросов, вызывает размышления и стимулирует дискуссию по ним.

Э. Я. Штернберг (Москва)

РЕЦЕНЗИЯ НА ИЗДАНИЕ 14

Е. Блейлер. *Учебник психиатрии* *. 14-е издание, переработанное М. Блейлером в сотрудничестве с Ж. Ангстом, К. Эрнстом, Р. Гессом, В. Менде, Х. Рейснером, З. Шейдеггером. Западный Берлин — Гейдельберг — Нью-Йорк, 1979, 706 с. (E. Bleuler. Lehrbuch der Psychiatrie. 14. Auflage. Nezbearbeitet von M. Bloquler. Unter Mitarbeit von J. Angst, K. Ernst, R. Hess, W. Mende, H. Reisner, S. Scheidegger. Springer Verlag. Berlin — Heidelberg — New York, 1979, 706 S.)

Ставший классическим учебник психиатрии Е. Блейлера, первое издание которого вышло в 1916 г., по-прежнему пользуется широким и заслуженным признанием в зарубежной психиатрии. После смерти Е. Блейлера (в 1939 г.) работу над учебником продолжает его сын, М. Блейлер (Цюрих). На 11-е его издание, опубликованное 10 лет назад, мы в свое время написали рецензию [1]. Поскольку в той рецензии подробному анализу подвергались достоинства и недостатки учебника и, в частности, те изменения, которые он претерпевал в течение времени (последнее издание несущественно отличается от ранее рецензированного), мы ограничиваемся здесь лишь некоторыми краткими замечаниями. В настоящем своем виде книга является скорее руководством по психиатрии для врачей, нежели учебником в собственном смысле слова. Однако довольно подробные резюме, завершающие каждую главу общей и специальной частей, облегчают пользование книгой и начинающим медикам.

В своем предисловии М. Блейлер подчеркивает, что книга сохранила присущий ей характер «труда одного автора». Однако, с нашей точки зрения, такое утверждение представляется верным только частично. Во многих разделах переработанного учебника взгляды М. Блейлера занимают теперь ведущее место по сравнению с первоначальной концепцией его отца. В особенности это видно при ознакомлении с главой, посвященной шизо-

---

[1] Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1969, в. 9, с. 1427—1430

* Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова, т. LXXXII, вып. 3. М. Медицина, 1982.

френии. В ней М. Блейлер дает, например, такую же трактовку заболевания, которая подробно была им сформулирована в его монографии, вышедшей в 1972 г.[2] В подтверждение сказанного приведем несколько примеров.

В отличие от Е. Блейлера, который еще в 1911 г. указал на частоту малосимптомных (слабопрогредиентных, латентных и т. д.) форм заболевания, превышающую по его предположению частоту «больших шизофренических психозов», в учебнике — декларативно и вряд ли правомерно — утверждается, что к шизофрении следует отнести только заболевания с явной психотической симптоматикой. Необоснованность такого сужения диагностических рамок представляется нам очевидной в свете новейших клинических, генетических и биологических исследований. В более категорической, чем в первых изданиях учебника, форме отрицается соматогенез шизофрении (так же как, кстати, и «чистый психогенез» заболевания), а развитие шизофренического процесса «объясняется» сочетанием и взаимодействием между неблагоприятным развитием личности и травмирующим влиянием окружающей среды. В соответствии с этим не совсем верно распределяются и акценты при изложении терапии шизофрении: переоценивается роль различных видов психотерапии и, пожалуй, недооценивается значение «чисто симптотической», по выражению М. Блейлера, фармакотерапии. В то же время описание клиники и психопатологии шизофрении явно отстает от достигнутого в настоящее время, в частности советскими авторами, уровня исследований в этой области. Сохраняются, хотя с некоторыми оговорками, старые крепелиновские формы заболевания, четкое разграничение форм течения не проводится, а психопатологическая симптоматика представлена в статике, на основании «первичных» («основных») и «вторичных» симптомов.

В первых изданиях книги, вышедших еще при жизни Е. Блейлера, общая ее часть была посвящена «психологическому введению», где были отражены его самобытные, зачастую спорные, но всегда интересные взгляды на психологию, которые во многих отношениях находились под влиянием психоанализа. В последних изданиях эта часть заменена подробным описанием психопатологической симптоматики в статике. Приводится и подробно анализируется большой фактический материал, который группируется традиционным образом в «нарушения мышления, внимания, аффективности» и т. д.

Клинический материал распределяется по нозологическим группам; подробно и большей частью ярко и содержательно описываются те формы психических болезней, которые являются

---

[2] См. рецензию в Журнале невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1976, в. 9, с. 1420.

общепризнанными в современной психиатрии. В то же время М. Блейлер подчеркивает, что «истинные нозологические формы» (за исключением таких редких заболеваний, как хорея Гентингтона) в психиатрии до сих пор по существу не выделены. Взамен он развивает дальше своего рода синдромологию, основа которой была положена еще его отцом. Речь идет о так называемых «основных формах» психических расстройств, различных (органических, локальных, эндокринных, экзогенно-органических и др.) «психосиндромах». Как мы ранее неоднократно отмечали, эта концепция представляет определенный теоретический интерес в плане выделения общепатологических закономерностей (по примеру учения Бонгеффера об экзогенных типах реакций). Неприемлемой представляется, однако, абсолютизация этой концепции, которая сопровождается отрицанием нозологической типичности частных расстройств, относящихся к этим «основным формам», как, например, различных клинических форм органической деменции. В таком виде эта концепция сужает возможности психиатрической диагностики и наносит ущерб практической деятельности психиатра.

Клиническое мастерство, с которым обеими Блейлерами описываются различные формы психических болезней, общеизвестно и не нуждается в подтверждении. В этом мастерстве заключаются основная ценность учебника и залог его — мы не сомневаемся в этом — долгой еще жизни. В то же время уровень клинико-психопатологического анализа, к сожалению, в ней не одинаков. Как мы отметили уже в прошлой рецензии, психические расстройства позднего возраста получают, например, — особенно при учете объема учебника — явно недостаточное освещение. Неповторимым достоинством книги являются ясность и четкость изложения сложнейших вопросов клиники и теории психических болезней. Приведем в этой связи остроумное замечание М. Блейлера из его «вводного слова» к студентам, изучающим психиатрию. Он призывает их не пугаться сложности этого предмета, ибо эта сложность зачастую «только кажущаяся», т. е. является следствием того, что автор выражает простые вещи «слишком усложненно».

Э. Я. Штернберг (Москва)

РЕЦЕНЗИЯ НА ИЗДАНИЕ 15

Е. Блейлер. *Учебник психиатрии.* 15-е изд., переработанное М. Блейлером с участием Ю. Ангста, К. Эрнста, Р. Гесса, В. Менде, Х. Рейснера, З. Шайдеггера. Берлин — Гейдельберг — Нью-Йорк, 1983, 719 с. (E. Bleuler. Lehrbuch der Psychiatrie 15 Auflage neubearbeitet von Manfred Bleuler. Unter Mitwirkunt von J. Angst, K. Ernst, R. Hess, W. Mende, H. Reisner, S. Scheidegger. Springer — Verlag. Berlin — Heidelberg — New-York, 1983, 719 S.)

Рецензируемый учебник вышел в свет через 4 года после 14-го издания. Он несколько дополнен и расширен за счет общей части, включающей сведения по психологии и психопатологии. Такое построение учебника продолжает традиции его первого автора Е. Блейлера, придававшего большое значение знанию психиатром основ психологии, которую он лично обогатил некоторыми существенными сведениями (например, понятием «амбивалентность»). Известно также, что в начале своей деятельности Блейлер-старший увлекался психоанализом, и, хотя в дальнейшем отошел от его ортодоксального направления, к некоторым положениям Фрейда он продолжал относиться сочувственно. Блейлер-младший в своих теоретических воззрениях проделал примерно сходную эволюцию. Но хотя он и более резко критикует ортодоксальный психоанализ, во многих его суждениях о клинико-психопатологической сущности психических заболеваний чувствуется влияние фрейдизма. Отсюда не случайно при описании вводных психологических понятий по развитию личности за исходную платформу избраны не просто ее интерперсональные отношения, а отношения в рамках «треугольника» (отец — мать — дитя). В этой связи в развитии личности основополагающая роль отводится комплексам раннего детства.

Рассматривая развитие личности в плане последующих межличностных отношений, автор считает, что значение позднего опыта также в основном определяется периодом раннего детства. Если, к примеру, индивид в процессе жизненного опыта сталкивается с угрожающими ему событиями, то возникает на-

рушение поведения с возвратом на раннюю стадию развития. Регрессии вообще придается исключительное значение.

Изучение развития личности во взаимосвязи с жизненным опытом является необходимым для адекватного понимания психических заболеваний. Толкование симптомов, синдромов и основных форм болезней производится М. Блейлером с точки зрения примата личностного не только в смысле внешнего оформления, но и как выражение изначального патогенетического звена. Но, чтобы обосновать патогенез, одной психологической категории, естественно, оказывается недостаточно. Поэтому, помимо связи с жизненным опытом, в анализе развития личности используются современные представления о наследственно-конституциональных свойствах и предрасположении. В этой связи при объяснении возникновения сложных психических процессов упоминается рефлекторная теория И. П. Павлова применительно к линии развития от сенсомоторных рефлексов через условные к формированию когнитивных функций. Наконец, при объяснении такой сложной проблемы, как соотношение подсознательного и осознаваемого, М. Блейлер проявляет совершенно трезвый реалистический подход, начисто отходя от психоаналитических гипотез и резко критикуя те его положения, из которых вытекает, что под «оно», или «подсознательным», подразумеваются лишь вытесненные, трансформированные сексуальные, агрессивные, инцестиозные склонности с эдиповским и кастрационным комплексами. При характеристике же осознаваемых процессов правильно подчеркивается их обусловленность глубиной и широтой представлений и действий, связанных с категорией «я».

При описании психопатологических особенностей удачно проведены их сопоставления с нормальными психологическими явлениями без жестких границ между ними. Например, при характеристике как нормального, так и патологического аутистического мышления внутренний мыслительный процесс предположительно объясняется связью культурной сферы с первоначальными инстинктами и аффектами. Правомерна интерпретация бреда лишь как расстройства мышления, но в целом эта центральная психопатологическая категория, как галлюцинации, представлена так же, как в 14-м издании, даже систематика бреда осталась прежней, т. е. по содержанию. Трудно согласиться и с особой точкой зрения М. Блейлера об отличии депрессивного бреда болезни от ипохондрического только на том основании, что при первом тяжелые последствия мнимой болезни переносятся на будущее, а при втором больной якобы озабочен лишь настоящим своим состоянием. Изначально неверная посылка приводит и к более широкому ошибочному утверждению, а именно о принадлежности депрессивного бреда болезни

лишь маниакально-депрессивному психозу, а собственно ипохондрического — шизофрении и психопатии.

В четком описании хорошо известных аффективных нарушений хорошо показаны сдвиги (или переносы) аффектов, причем с важным указанием на их связь с аутистическим мышлением. Правильно отмечено при этом, что особенности личностных реакций в противоположность логическому суждению в первую очередь проявляются аффективными отклонениями и в норме. Поэтому в практической деятельности рекомендуется не спешить с квалификацией изолированного расстройства аффективности как патологического явления, особенно при оценке чувственной окраски в какой-то моральной позиции.

Очень ценно и прежде всего в практическом отношении описание сочетания аффективных расстройств с вегетосоматическими дисфункциями. Более подробно эта проблема освещена в отдельной главе со специальным подразделом «Психика, сома и мозг».

Реальность взаимосвязи психики с сомой, по мнению М. Брейлера, доказывается открытием эндокринной функции головного мозга, которой придается огромная роль в психосоматическом воздействии. При этом обоснованно показывается важное значение для психики всей нейроэндокринной функциональной области, именуемой в настоящее время «третьей нервной системой». Утверждается, что в возникновении конкретных соматических изменений ведущая роль отводится неизжитому (неотреагированному) аффективному напряжению вследствие вытеснения тех или иных эмоций в подсознательное. В этой связи происхождение неврозов с соматической симптоматикой интерпретируется с позиций психоаналитически ориентированной психосоматики.

Подразделение психических расстройств на основные формы заболеваний, а не на описываемые традиционно в учебниках психиатрии самостоятельные болезни, на первый взгляд, выглядит как отрицание нозологического принципа в психиатрии. Однако при современном уровне знаний по этиологии, патогенезу и клинике психических заболеваний существующие многочисленные классификации пока еще весьма далеки от научно обоснованной нозографии. Поэтому настоящую систематику по обобщенным, а не частным клинико-психопатологическим критериям трудно опровергнуть. К основным психическим заболеваниям, по М. Блейлеру, относятся следующие: болезни, проявляющиеся органическим психосиндромом (состояния в первоначальном понимании Е. Блейлера, в том числе и с локально-мозговой симптоматикой); заболевания с картиной острой реакции экзогенного типа; патологические психические реакции и развития; врожденные варианты личности, в том чис-

ле олигофрении; эндогенные психозы — маниакально-депрессивный и шизофрения.

Настоящая классификация представляет собой общепсихопатологический интерес, как указал на это Э. Я. Штернберг[1], и может стать основой для разработки систематики отдельных психических заболеваний, исходя из видовой специфичности болезни не в узкомедицинском смысле, а в биологическом, т. е. в смысле адекватности взаимодействия предрасположенных внутренних патологических факторов и патогенно влияющих внешних.

При довольно схематическом освещении вопросов течения психических расстройств в учебнике приводятся важные дифференциально-диагностические критерии в отношении основных форм заболеваний, например между шизофреническим распадом личности и органическим слабоумием. Можно присоединиться к мнению М. Блейлера, что в настоящее время по меньшей мере несовременно называть тяжелые шизофренические состояния деменцией, ибо у таких больных при исключительных состояниях обнаруживается удивительная способность к интеллектуальному процессу. При хроническом органическом процессе, напротив, постепенно запустевает вся внутренняя жизнь со снижением понимания, памяти и интеллекта.

В краткой главе о причине психических расстройств обсуждается вопрос о бесчисленном множестве различного рода вредностей, играющих роль в этиологии психических заболеваний. Высказывается категорическое утверждение, что в психиатрии вообще невозможно овладеть причинностью заболеваний. Такая ортодоксально-нигилистическая позиция в отношении каузальности, с одной стороны, соответствует систематике психических расстройств по принципу основных форм заболеваний, а с другой — перекликается с явным предпочтением объяснения автором генеза заболеваний нажитыми свойствами личности. Поэтому, отдавая должное автору о подразделении психических расстройств на основные формы психических заболеваний, никак нельзя согласиться с умалением видовой, безличностной специфичности психических заболеваний, несмотря на то, что этиология и патогенез большинства из них пока остаются малоизученными.

В то же время следует отметить, что М. Блейлер, опираясь на факты клинической и биологической психиатрии, совершенно правильно вычеркивает из причин психических заболеваний такие факторы, как подростковый и инволюционный периоды, беременность, роды, менструации. Каузальная связь перечис-

---

[1] Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1969, в. 9, с. 1427—1430; 1982, в. 3, с. 136—137.

ленных факторов, с его точки зрения, ни с какими специфическими формами психозов не доказана.

Большая глава по профилактике, лечению психических заболеваний и реабилитации больных (значительно расширенная по сравнению с 14-м изданием учебника) отличается тщательной продуманностью назначений и рекомендаций лечебно-восстановительных мероприятий. Центральное место в этой главе занимает раздел по психотерапии. Данный раздел по профессиональному уровню, исчерпывающему описанию существующих способов психотерапевтического воздействия, простоте, четкости и ясности изложения превосходит многие работы монографического характера на эту тему. Касаясь характеристики новых психотерапевтических методов (так называемого «психо-бума» — терапии гуманистической и эклектической), автор отмечает, что они возникли вследствие наступления разочарования в психоаналитическом способе лечения, который, по его мнению, все же остается пригодным, но лишь для небольшой части пациентов (например, для страдающих неврозом навязчивых состояний).

В заключении по анализу общей части учебника следует остановиться на оценке превосходно написанного раздела по психиатрическому исследованию. Просто, ясно и доходчиво описывается тактика обнаружения основных и добавочных, первичных и вторичных признаков расстройств психики и личностных аномалий. Правильно оттеняется важность выявления субъективного анамнеза. При характеристике параклинических способов обследования особо выделяется патопсихологический метод. При этом справедливо замечено, что последний никогда не может заменить личный контакт врача с больным.

Несмотря на то что вторая, специальная, часть учебника в два раза больше по объему и насыщена богатым клиническим материалом, подробный анализ ее здесь опускается, в связи с тем что в свое время это было уже сделано Э. Я. Штернбергом и с основными замечаниями которого по клинической части у автора настоящей рецензии расхождений нет. Это тем более является оправданным, ибо превосходный обстоятельный разбор 11-го издания и краткий анализ 14-го касался как раз второй части, а содержание ее за эти годы по существу мало изменилось. Поэтому ограничимся лишь отдельными замечаниями по поводу тех описаний, о которых в своих рецензиях Э. Я. Штернберг не упоминал.

В отношении «загадочных», «эндогенных» психозов точка зрения М. Блейлера не изменилась; сохранилось его прежнее условное понимание шизофрении, к которой он относит лишь те случаи заболевания, при которых хотя бы один раз за все время можно было бы констатировать психотическое состояние. Напротив, к маникально-депрессивному психозу он причисляет

легкие и слабовыраженные случаи циклотимического процесса, чаще встречающегося в амбулаторно-поликлинической практике общего типа. Пограничные, латентные формы шизофрении полностью ассоциируются с неврозами. Не случайно к основной симптоматике *нервозов* относится «амбивалентность» и «разобщенность» (расщепленность. — *А. А.*).

«Психореактивным», или «психогенным», паталогическим реакциям и развитиям в учебнике отведено больше места, чем шизофрении и маниакально-депрессивному психозу. Сущность их рассматривается в известном преломлении старой психогенетики и психоаналитической психосоматики.

В последней главе «Расстройства личности в плане врожденных вариантов личности» подробно представлен раздел по олигофрении.

В приложении к учебнику представлены данные о судебной психиатрии в соответствии с законодательствами ФРГ, Австрии и Швейцарии.

В целом учебник заслуживает положительной оценки как руководство, охватывающее подавляющее большинство аспектов психиатрии.

А. К. Ануфриев (Москва)

Оглавленіе.

*) Въ третьемъ изданіи оригинала эти двѣ группы объединены вмѣстѣ съ сифилитическими психозами, прогр. параличемъ и старческими психозами въ одну общую группу подъ названіемъ: „Пріобрѣтенные психозы съ грубыми пораненіями мозга, органическій синдромъ“. См. добавленіе. А. Р.

Оглавленіе.

*) Въ третьемъ изданіи оригинала эти формы а также формы XV и XVI сгруппированы иначе, а именно всѣ онѣ сведены въ двѣ большія группы: „психопатическія реактивныя формы“ и „психопатіи“. См. добавленіе. А. Р.

Оглавленіе.

А. Психологическія указанія.

Основныя психологическія понятія.

Психика.

Человѣческая психика со всѣми своими функціями настолько зависитъ отъ мозговой коры и только отъ нея, что существуетъ даже выраженіе: кора мозга есть сѣдалище психики.[1] Однако не всѣ функціи мозговой коры входятъ въ тотъ комплексъ, который мы обычно называемъ психическимъ.[2] Такъ, напр., психическія колебанія тонуса сосудовъ или выдѣленій представляютъ собой корковыя функціи, которыя, правда, находятся въ какой то зависимости отъ психики, однако сами по себѣ не являются психическими феноменами.

Задачей психики, какъ и рефлекторнаго механизма, является: принимать внѣшнія раздраженія и реагировать на нихъ способомъ, полезнымъ индивидууму или роду. Однако между этими двумя видами реакціи—психическимъ и рефлекторнымъ—существуетъ большая разница. Если, кромѣ раздраженія или группы раздраженій, непосредственно вызывающихъ рефлексъ или опредѣляющихъ его направленіе, на этотъ рефлексъ воздѣйствуетъ какое нибудь другое раздраженіе, вліяніе его будетъ настолько ограничено качественно и количественно, что мы его обыкновенно вовсе въ расчетъ не принимаемъ. Между тѣмъ въ психикѣ это вліяніе и качественно, и количественно почти безгранично; особенно важно, что тутъ существенно вліяютъ на реакцію не только раздраженія даннаго момента, но главнымъ образомъ также прежнія („опытъ", „воспоминанія"), при рефлексахъ подобное воздѣйствіе памяти минимально. Поэтому, при рефлексѣ мы имѣемъ одинаковую реакцію на одинаковое раздраженіе, въ психикѣ же дана возможность для безконечнаго множества реакцій; послѣднія въ высшей степени сложны и пластичны, т. е, глядя по обстоятельствамъ, мы получаемъ разные отвѣты на одинаковыя раздраженія, въ то время какъ рефлекторныя реакціи

---

[1]) У многихъ позвоночныхъ не всѣ видимо психическія функціи доходятъ до мозговой коры, у низшихъ же животныхъ очень немногія.

[2]) Въ противоположность тому, что принято думать, граница между психикой и непсихическими функціями мозговой коры очень нерѣзкая. Несомнѣнно, только малая доля корковыхъ функцій доходитъ до сознанія. См. главу: „Безсознательное".

просты и стабильны. Такимъ образомъ, разница между рефлекторной и психической реакціей по степени своей очень велика, принципіально же равна нулю — постольку, поскольку мы имѣемъ въ виду объективныя соотношенія, ибо по отношенію къ субъективной сторонѣ этихъ явленій обычно предполагаютъ абсолютную разницу. Насколько это вѣрно, никто не знаетъ (спинномозговая душа Pflüger'a!); думаютъ, что только психическія функціи могутъ быть сознательными, но никакъ не рефлексы.

Сознаніе.

По мнѣнію нѣкоторыхъ, именно сознаніе представляетъ существенное свойство психическихъ явленій. Это есть нѣчто, неподдающееся опредѣленію, нѣкое качество психизмовъ, отличающее насъ отъ автоматовъ. Мы можемъ вообразить себѣ машину, которая выполняетъ самыя сложныя реакціи, но никогда мы такому построенному нами аппарату не припишемъ сознанія т. е. мы не можемъ допустить, чтобы онъ „зналъ“, что онъ дѣлаетъ, чтобы онъ „ощущалъ“ воздѣйствіе окружающей среды, чтобы онъ зналъ „мотивы“ своихъ реакцій. Терминомъ „сознательный“ мы обозначаемъ то же понятіе, которое имѣемъ въ виду, когда спрашиваемъ кого либо, сознательно или безсознательно онъ поправилъ волосы.

Когда сравниваютъ сознаніе съ формой, содержаніемъ которой являются сознательные процессы, это представляетъ собой недоразумѣніе. Конечно, сознаніе безъ „содержанія“ такъ же мало можетъ существовать, какъ физическое качество безъ носителя такового; однако такое пониманіе легко можетъ насъ довести до опредѣленія Herbart'a, что сознаніе есть „сумма всѣхъ дѣйствительныхъ или одновременно находящихся на лицо представленій“. Съ такого рода опредѣленіемъ сознанія, приблизительно соотвѣтствующимъ актуальной психикѣ, въ психопатологіи далеко не уйдешь; мы не можемъ обойтись безъ установленія различія между сознательными и безсознательными психическими процессами равно, какъ и между физическими и психическими.

Wundt понимаетъ подъ словомъ сознаніе „взаимную связь психическихъ образованій“. Это же понятіе употребляется, когда представляютъ себѣ „разстройства сознанія“, сводящіяся только къ нарушенію взаимной связи совокупности психизмовъ. Между тѣмъ, сознаніе, какъ мы его понимаемъ, не можетъ быть разстроено; оно можетъ только или отсутствовать вовсе, или быть на лицо. Въ противоположность этому, объемъ и ясность сознанія представляютъ собою понятія относительныя. Объемъ отвѣчаетъ количеству представленій, одновременно находящихся въ сознаніи, какъ актуально, такъ и потенціально; ясность зависитъ отъ полноты тѣхъ частичныхъ представленій, которыя участвуютъ въ образованіи понятія или идеи, и отъ того, насколько исключены представленія, сюда не относящіяся.

Когда мы употребляемъ выраженіе: „сознаніе мѣста и времени“ (лучше говорить: „оріентировка во времени и мѣстѣ“), мы подразумѣваемъ самый психизмъ, а не голое качество или форму. Выраженіе „двойное сознаніе“ тоже неправильно, нужно сказать: „двойная личность“ (см. разстройства личности).

Нѣкоторые склонны предполагать наличіе сознанія (въ нашемъ смыслѣ), когда видятъ цѣлесообразныя дѣйствія. Это невѣрно: уже рефлексы цѣлесообразны, и даже автоматъ можетъ производить цѣлесообразныя дѣйствія съ выборомъ (автоматическіе вѣсы для монетъ). Нѣкоторые авторы считаютъ, что если переживаніе вспоминается въ дальнѣйшемъ, это служитъ доказательствомъ, что оно происходило при наличіи сознанія; они же поэтому употребляютъ выраженіе: поступокъ выполненъ въ сумеречномъ состояніи „безсознательно“. Это неправильно.

Нельзя отожествлять слова „сознательно“ и „произвольно“. Одѣваясь, мы дѣйствуемъ произвольно, но не сознательно; дѣлая что нибудь по принужденію, мы дѣлаемъ сознательно, но не произвольно, resp. противъ воли; ни того ни другого моментa нѣтъ при автоматическихъ поступкахъ (чесаться, мимическія движенія, болѣзненные автоматизмы).

Относительно „самосознанія“ см. въ концѣ отдѣла о личности.

Нѣкоторыя данныя изъ теоріи познанія.[1]

Думаютъ, что наличность сознанія отличаетъ психическія явленія отъ физическихъ. Предполагаютъ два ряда принципіальво различныхъ данныхъ опыта: одни имѣютъ отношеніе только къ тому что „внутри насъ“, что „протекаетъ только во времени“, къ сознательному, т. е. психическому; другія относятся къ внѣшнему міру, протяженному, физическому.

Взаимную связь обѣихъ формъ опыта представляютъ себѣ различно. Наивному ощущенію лучше всего соотвѣтствуетъ дуализмъ, предполагающій, что носитель сознанія не зависитъ отъ тѣла: вѣдь видно, что послѣ смерти тѣло остается, а душевныя проявленія исчезаютъ вмѣстѣ съ жизнью. Это отдѣлилась отъ тѣла „душа“, которая въ старыхъ понятіяхъ представляла не только психику, но и самую жизнь, съ понятіемъ которой было связано и понятіе души. Что душа не просто превратилась въ ничто, доказывается ея возвращеніемъ въ снахъ, галлюцинаціяхъ на яву и иллюзіяхъ лицъ, оставшихся въ живыхъ; даже душа самого наблюдателя можетъ отдѣлиться отъ тѣла, что очевидно слѣдуетъ изъ опыта сновъ, во время которыхъ душа, не считаясь съ временемъ и пространствомъ, воспринимаетъ вещи, находящіяся далеко отъ неподвижно лежащаго тѣла.

Дуализмъ составляетъ существенную часть религій. Тѣмъ не менѣе его оспариваютъ уже въ теченіе тысячелѣтій, и въ настоящее время онъ заброшенъ большииствомъ ученыхъ. Важнѣйшіе устои дуализма (опытъ сновъ и появленіе духовъ) оказались обманчивы, а главное, было обнаружено, что психическія функціи человѣка во всѣхъ отношеніяхъ зависятъ отъ мозговой коры. Съ другой стороны, понятно само собой (хотя мы не всегда объ этомъ думаемъ), что физическій міръ въ дѣйствительности можетъ быть совсѣмъ не таковъ, какимъ мы его воспринимаемъ и себѣ представляемъ, и что въ концѣ концовъ у насъ нѣтъ точнаго доказательства, что этотъ міръ вообще существуетъ.

Такимъ образомъ, образовались монистическія воззрѣнія на взаимную связь обоихъ рядовъ. Воззрѣнія эти дѣлятся на три категоріи:

Первая (отличнѣйшимъ ея представителемъ является Спиноза) предполагаетъ существованіе „субстанціи“, имѣющей два атрибута: протяженность (физическій рядъ) и мышленіе, представленіе (психическій рядъ). Съ точки зрѣнія теоріи познанія эта теорія имѣетъ существенный недостатокъ. Нельзя такъ поставить рядомъ субстанцію, физическіе атрибуты и психическіе (по современнымъ понятіямъ — матерію, силу и сознаніе). Вѣдь непосредственно мы ощущаемъ только сознательные (психическіе) процессы. На основаніи части послѣднихъ мы съ нѣкоторой вѣроятностью выводимъ заключеніе о внѣшнихъ вліяніяхъ, которыя мы называемъ силами. Изъ группировки силъ мы конструируемъ представленіе о матеріи, въ дѣйствительности ничего подобнаго можетъ и не быть. — Въ этой теоріи имѣется кромѣ того еще одно трудное мѣсто: она должна представить себѣ, что все сознательно, между тѣмъ какъ мы можемъ наблюдать сознаніе только у намъ подобныхъ существъ и не можемъ себѣ представить элементарнаго сознанія безъ содержанія, а послѣднее въ свою очередь связано съ нервнымъ центромъ. Мы нигдѣ не видимъ той межи, на которой въ ряду „эволюціи“ появляется впервые сознаніе (у человѣка? у амебы? у атома? ср. тропизмы Loeb'a). Именно потому и соглашаются такъ охотно на панпсихизмъ, что не могутъ себѣ представить, чтобы въ теченіи эволюціи вдругъ неожиданно проявилось нѣчто принципіально новое. Однако предположеніе о глубокой разницѣ между физическимъ и психическимъ не имѣетъ подъ собой твердой почвы. Мы не знаемъ, что̀ представляютъ собой психическія и физическія явленія, и слѣдовательно не можемъ судить

---

[1]) Ziehen. Къ современному состоянію теоріи познанія. Wiesbaden, Bergmann, 1914.

ни объ ихъ сродствѣ, ни объ ихъ различіи. Во всякомъ случаѣ для чувствующаго существа сознаніе есть нѣчто своеобразное, единственно важное. Для насъ не важно, существуетъ ли міръ; единственно, что важно: счастливо или страдаетъ то, что сознаетъ, наше Я.

Вторая форма монизма исходитъ изъ того, что доказательства существованія внѣшняго міра всѣ ошибочны и что, слѣдовательно, физическій міръ существуетъ только въ нашемъ представленіи (идеализмъ) или другими словами постольку, поскольку мы его себѣ представляемъ („esse = percipi"). Хотя это воззрѣніе можно провести логически послѣдовательно, однако оно не можетъ разсчитывать на всеобщее признаніе. Прежде всего, нельзя отрицать существованія внѣшняго міра только потому, что мы не можемъ этого доказать. Мы вѣдь все таки принуждены держать себя такъ, какъ если бы этотъ міръ дѣйствительно существовалъ. Идеалистъ съ точки зрѣнія теоріи познанія не долженъ бы заниматься распространеніемъ своихъ ученій, если его ученики не что иное, какъ плодъ его представленій. Пусть будетъ съ максимальной точностью доказано, что камень, лежащій на моей дорогѣ, существуетъ только въ моемъ представленіи, я все же долженъ его обойти, чтобы избѣжать непріятныхъ послѣдствій; если я хочу избавиться отъ чувства голода, у меня нѣтъ другого средства кромѣ ѣды — все равно, реальна ли пища вообще или нѣтъ. Такимъ образомъ, на практикѣ идеализмъ упирается въ невозможность. Теоретически же онъ приводитъ къ тому, чего никто не хочетъ принять т. е. къ солипсизму. Вѣдь во внѣшній міръ включены для каждаго существа и ему подобныя созданія, а разъ внѣшній міръ существуетъ только въ моемъ представленіи, значитъ нѣтъ другихъ существъ кромѣ меня, слѣдовательно Я есмь не только весь міръ, но и единственный человѣкъ. Этотъ выводъ логически неизбѣженъ. Попытка спасти солипсизмъ предположеніемъ абсолютнаго Я не что иное, какъ софизмъ. Тотъ міръ, который представляетъ себѣ абсолютное Я, уже не тотъ, который Я себѣ представляю, не мой міръ, не говоря уже о томъ, что трудно себѣ представить такое абсолютное Я и что вообще все это предположеніе ни на чемъ не основано. Гораздо распространеннѣе матеріалистическій монизмъ, матеріализмъ гносеологическій. Онъ исходитъ изъ того, что для насъ психическія функціи всегда связаны съ матеріей, а именно съ нервными центрами, что онѣ (функціи) измѣняются вмѣстѣ съ измѣненіемъ этой матеріи и что вообще законы процессовъ, происходящихъ въ нервныхъ центрахъ, являются одновременно и психическими законами. Изъ этого вытекаетъ, что психика представляетъ функцію мозга Единственно это воззрѣніе можно въ настоящее время провести безъ противорѣчій и практически и теоретически. Современная наука, въ особенности психіатрія, считается — сознательно или безсознательно — только съ этимъ воззрѣніемъ; это имѣетъ мѣсто даже въ тѣхъ случаяхъ, когда теоретически выдвигается другое предположеніе. Доказать конечно и этого воззрѣнія (матеріализма) нельзя, однако гипотеза, что психическія функціи суть функціи мозга, покоится на болѣе прочномъ фундаментѣ, чѣмъ большинство научныхъ аксіомъ. Тѣмъ не менѣе и эта гипотеза не представляетъ безусловной необходимости въ качествѣ предпосылки всякой науки о душевныхъ явленіяхъ въ томъ числѣ и психіатріи; можно обойтись и безъ нея, поскольку мы не изучаемъ психическихъ функцій въ связи съ мозгомъ. Поэтому то эту гипотезу и оспариваютъ такъ сильно, главнымъ образомъ изъ религіозныхъ соображеній. Христіанство (за исключеніемъ можетъ быть первыхъ временъ) мыслитъ все дуалистически. Однако по существу содержаніе христіанскаго ученія можно логически такъ же хорошо примирить съ матеріализмомъ, какъ и съ идеализмомъ (наоборотъ скорѣе можно ожидать трудностей со стороны столь возносимаго идеализма). Наше исповѣданіе вѣры содержитъ ученіе о воскресеніи тѣла; если стоять на почвѣ матеріализма, то нужно полагать, что съ возсозданіемъ тѣла eo ipso воскреснетъ и душа. Трудно только согласовать матеріализмъ съ вторичными ученіями, напр. о чистилищѣ, о безплотныхъ душахъ и т. п. Кромѣ того обычно происходитъ смѣшеніе понятій и дѣлается это отчасти по неясности мышленія, отчасти злонамѣренно: гносеологическій матеріализмъ отожествляется съ этическимъ, который учитъ пренебрегать моралью и ближними, стремиться эгоистически къ „матеріальнымъ" благамъ, подразумѣвая подъ послѣдними деньги, почетъ, обильную ѣду и питье, женщинъ. Между тѣмъ гносеологическій матеріализмъ не имѣетъ съ этимъ ничего общаго, развѣ только названіе.

Можно быть дурнымъ или хорошимъ, безотносительно отъ воззрѣній на теорію познанія. Во всякомъ случаѣ изъ матеріалистическаго воззрѣнія можно логически вывести этику (утилитаристическую), въ цѣнности не уступающую той другой этикѣ, которая желаетъ показать, что она основана на откровеніяхъ или на категорическомъ императивѣ или на какихъ нибудь другихъ недоступныхъ пониманію вѣчныхъ законахъ и вмѣстѣ съ тѣмъ каждый можетъ ее приспособить на свой фасонъ.

Многіе современные ученые думаютъ, что они придерживаются ученія о психо-физическомъ параллелизмѣ. Это ученіе исходитъ изъ представленія, что оба ряда на столько гетерогенны, что не могутъ взаимно вліять другъ на друга. Чтобы какъ нибудь объяснить все таки взаимную связь этихъ двухъ рядовъ явленій, Guelincx предположилъ, что каждый разъ, когда психика хочетъ произвести тѣлесное движеніе, требуется воздѣйствіе божественной силы, и каждый разъ, когда органы чувствъ получаютъ раздраженіе, психикѣ дается соотвѣтствующее ощущеніе (окказіонализмъ). Какъ извѣстно, Leibnitz училъ, что теченіе обоихъ рядовъ (осложненныхъ еще его ученіемъ о монадахъ) со дня первозданія предопредѣлено предустановленной гармоніей такимъ образомъ, что они протекаютъ совершенно равномѣрно, какъ пара часовъ съ идеальнымъ ходомъ; каждому волевому акту соотвѣтствуетъ эквивалентное движеніе, каждому воздѣйствію на чувства эквивалентное ощущеніе. Теорія психо-физическаго пареллелизма содержитъ однако грубую ошибку: разъ физической рядъ не можетъ воздѣйствовать на психическій, ясно, что онъ не можетъ психикѣ дать знать ни о своемъ существованіи ни о своемъ строеніи. Предположеніе о существованіи внѣшняго міра является тогда празднымъ, и во всякомъ случаѣ существуетъ не тотъ міръ, который мы воспринимаемъ, такъ какъ это уже не воспріятіе, а галлюцинація.

Представленіе о параллелизмѣ имѣетъ еще нѣкоторый смыслъ, если придерживаться монистическихъ взглядовъ (Спиноза), тогда можно думать, что сознательная сторона субстанціи знаетъ ея физическую сторону, субстанціально съ нею тождественную.

Многіе считаютъ, что психофизическій параллелизмъ есть не что иное, какъ простое констатированіе нашего непониманія взаимной связы психики и физики (physis), которая (связь) тѣмъ не менѣе несомнѣнно существуетъ; къ этому иногда, особенно въ экспериментальной психологіи, присоединяется побочная мысль, что нужно изслѣдовать, какія явленія соотвѣтствуютъ другъ другу въ обоихъ рядахъ. И это представленіе вполнѣ допустимо. Обычно однако терминъ „параллелизмъ“ употребляется въ другомъ смыслѣ и это ведетъ къ путаницѣ. – Еще больше удаляются отъ первоначальной идеи многіе клиницисты, при чемъ они сами не отдаютъ себѣ яснаго отчета въ этомъ; такъ напр. они считаютъ истерію разстройствомъ психофизическаго параллелизма въ виду того, что психическая реакція на переживанія слишкомъ слаба или слишкомъ сильна. Между тѣмъ и въ этомъ случаѣ физическіе „параллельные процессы“ въ мозгу вполнѣ соотвѣтствуютъ процессамъ психическимъ. Выраженіе „параллелизмъ“ тутъ употреблено въ высшей степени ошибочно.

Особеннымъ образомъ понимаетъ психофизическій параллелизмъ Wundt: онъ не только ограничиваетъ психическій рядъ функціями мозга (это дѣлаютъ многіе), онъ его еще выводитъ за предѣлы физическаго, считая, что нѣкоторыя синтетическія работы нашего ума могутъ совершаться безъ параллельныхъ явленій въ мозгу. Это непослѣдовательно, этого не только нельзя доказать, это опровергается еще между прочимъ тѣмъ фактомъ, что и физическій рядъ знаетъ аналогичные синтезы: многіе рефлексы представляютъ собой слѣдствіе цѣлаго ряда раздраженій, дѣйствующихъ какъ единое цѣлое. Точно также и работа сложной машины не равняется просто суммѣ работъ отдѣльныхъ частей, если только слова „сумма“ и „отдѣльныя части“ понимать въ томъ же смыслѣ, какъ и синтезы Wundt'a.

Въ сущности споръ между матеріализмомъ и идеализмомъ есть выраженіе нашего сомнѣнія, каково истинное отношеніе къ дѣйствительности обоихъ рядовъ. А между тѣмъ этотъ вопросъ легко рѣшается, если только додумать до конца. Для каждой психики абсолютно дѣйствительны ея собственныя психическія явленія (но не содержаніе ихъ, иными словами: дѣйствительно воспріятіе свѣта или розы, но не самъ свѣтъ, не сама роза). Когда я испытываю боль, я испытываю боль; это такъ очевидно, что иначе какъ тавтологіей

этого не выразить. Наличіе болѣзненнаго процесса на мѣстѣ боли необязательно, такъ какъ бываютъ и галлюцинаторныя боли. Однако, если скептикъ не захочетъ мнѣ повѣрить, что я испытываю боль, у меня не будетъ возможности доказать ему это. Итакъ, психическій рядъ имѣетъ абсолютную или лучше сказать неоспоримую реальность только для данной психики, слѣдовательно эта реальность субъективна. Доказательствомъ существованія внѣшняго міра эта реальность служить не можетъ. Существованіе видимаго глазомъ стола является только предположеніемъ, хотя бы практически и необходимымъ. Но, стоитъ только предположить существованіе стола и другихъ людей и внѣшняго міра вообще, какъ мы можемъ уже показать этотъ столъ другимъ людямъ, они могутъ, подобно намъ, ощущать его своими чувствами. Изъ этого слѣдуетъ, что реальность физическаго міра невѣрная, относительная т. е. не доказуемая, зато ее можно объективно демонстрировать.[1])

О безсознательномъ.

Мы производимъ цѣлый рядъ мелкихъ движеній (поправляемъ волосы, отстегиваемъ пуговицу, сбрасываемъ съ себя какое-нибудь мелкое животное), сами того не замѣчая. Большею частью, это не рефлексы и не подкорковые акты, это движенія, исходящія изъ мозговой коры и аналогичныя сознательнымъ функціямъ, тѣмъ болѣе что для ихъ выполненія требуется наличіе воспоминаній. Мы знаемъ, что при гипнотическихъ опытахъ и въ болѣзненномъ состояніи выполняются дѣйствія, которыя въ смыслѣ движенія и мышленія могутъ быть сложнѣе любого сознательнаго акта: рука пишетъ, ротъ говоритъ и данное лицо совершенно не чувствуетъ, что источникомъ этихъ дѣйствій является его собственная психика. При опытахъ съ ассоціаціями мы часто видимъ, что ходъ мыслей направляется черезъ безсознательныя представленія: на слово „чернильница" слѣдуетъ отвѣтъ „пустыня", а промежуточное понятіе „песокъ" въ сознаніи не появляется. Болѣе точный анализъ показываетъ, что большинство группировокъ (констелляцій), направляющихъ наше мышленіе, лежатъ въ области безсознательнаго; мы часто проговариваемся въ духѣ безсознательныхъ сопутствующихъ представленій. Только небольшая доля того, что мы воспринимаемъ, доходитъ до сознанія; однако и остальная доля не пропадаетъ для психики: такъ, напр., при ходьбѣ мы все время руководимся безсознательными воспріятіями. Многія воспріятія вообще всплываютъ въ сознаніи только съ теченіемъ времени; такъ, мы можемъ при усиленной работѣ не замѣтить боя часовъ, тѣмъ не менѣе потомъ, когда вниманіе отвлекается отъ работы, мы можемъ вспомнить это обстоятельство настолько точно, что даже въ состояніи будемъ сосчитать (до пяти примѣрно) количество ударовъ; другія обстоятельства могутъ всплыть въ сознаніи во снѣ, въ состояніи гипноза. Безсознательно можно сдѣлать массу сложныхъ выводовъ (на этомъ отчасти основана такъ называемая интуиція), можно опредѣленно

---

[1]) Психоаналитики предполагаютъ еще существованіе „психической реальности". Этотъ терминъ даетъ поводъ къ недоразумѣніямъ. Рѣчь идетъ о представленіяхъ, созданныхъ на почвѣ внутренней потребности и въ такомъ видѣ примѣненныхъ и пущенныхъ въ ходъ, не считаясь съ тѣмъ, въ какомъ отношеніи они находятся къ такъ называемой дѣйствительности (дальнѣйшая жизнь умершаго ребенка, огонь любви, средневѣковый личный Богъ).

принять кого нибудь за своего знакомаго, удивиться, что онъ не вызываетъ въ насъ обычныхъ чувствъ, и тутъ же констатировать, что это не тотъ, кого мы ожидали. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ передъ собой два впечатлѣнія: одно сознательное, но ложное, другое безсознательное и вѣрное. Автоматически мы въ больницѣ вставляемъ ключи въ разные замки и каждый разъ попадаемъ вѣрно, но когда мы это дѣлаемъ сознательно, это удается труднѣе. Мы часто видимъ у здоровыхъ, а у больныхъ постоянно, признаки аффекта, котораго данное лицо не сознаетъ, и если мы станемъ ближе приглядываться къ себѣ и нашимъ ближнимъ, мы замѣтимъ, что именно въ самыхъ важныхъ рѣшеніяхъ безсознательные моменты играютъ рѣшающую роль. Экспериментально мы можемъ внушить данному лицу поступки, которые оно будетъ выполнять внѣ гипнотическаго состоянія, не сознавая мотивовъ своихъ поступковъ. Истеричные люди могутъ отвѣчать на воспріятія, не дошедшія до ихъ сознанія.

Все, что происходитъ въ нашемъ сознаніи, можетъ совершаться и безсознательно. Существуютъ безсознательные въ такомъ смыслѣ психическіе процессы. Какъ звенья причинной цѣпи нашего мышленія и нашихъ поступковъ, они вполнѣ равноцѣнны сознательнымъ психизмамъ. Безусловно необходимо причислить безсознательные процессы къ категоріи психическихъ не только потому, что они во всемъ, — если не считать отсутствія качества сознательности — равны сознательнымъ, но и потому прежде всего, что, только учитывая и эти столь важныя причины явленій, мы можемъ сдѣлать изъ психологіи и особенно изъ психопатологіи объясняющую науку.

Безсознательныя функціи объединяютъ подъ общемъ именемъ „область безсознательнаго". Однако это не значитъ, что мы имѣемъ тутъ дѣло съ опредѣленной строго ограниченной категоріей функцій, на самомъ дѣлѣ (potentia) любая функція можетъ протекать то сознательно, то безсознательно. Особыхъ законовъ безсознательное мышленіе тоже не имѣетъ, существуютъ только относительныя различія въ частотѣ различныхъ формъ ассоціацій.

Нѣкоторые авторы (Freud, Morton Prince) причисляютъ къ безсознательнымъ функціямъ и „скрытыя воспоминанія" („энграммы" см. главу о памяти). Однако это понятіе принципіально отличается отъ того, что мы выше описали. Скрытыя воспоминанія, поскольку мы имѣемъ дѣло съ ними, не что иное, какъ предрасположенія безъ актуальной функціи, между тѣмъ какъ безсознательные психизмы, какъ функціи, такъ же актуальны, какъ и сознательные. Къ числу психическихъ мы причисляемъ только тѣ функціи, которыя сознательны или же могутъ стать таковыми. По этой причинѣ мы, напр., не назовемъ работу машины безсознательной, хотя сознанія въ ней конечно нѣтъ.

Лучше всего можно себѣ представить разницу между сознательнымъ и безсознательнымъ, если предположить, что функція тогда становится сознательной, когда она непосредственно ассоціативно связана съ комплексомъ Я; если этого нѣтъ, функція протекаетъ безсознательно. Это предположеніе безъ натяжки согласуется съ нашимъ наблюденіемъ, въ томъ числѣ и съ тѣмъ фактомъ, что существуютъ всевозможные переходы отъ сознательнаго черезъ полусознательное къ безсознательному: чѣмъ сильнѣе въ каждый данный моментъ ассоціативная связь между нашимъ Я и психизмомъ (представленіе, мысль, дѣйствіе), тѣмъ послѣдній сознательнѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ яснѣе.

То, что мы называемъ „безсознательнымъ", другіе называютъ „подсознательнымъ". — Философы совершенно иначе и разные авторы по разному опредѣляютъ понятіе безсознательнаго.

Отдѣльныя психическія функціи.

Я отдыхаю послѣ прогулки, вижу источникъ, подхожу и пью воду. Что произошло въ моей психикѣ?

Лучи свѣта, попавшіе на мою сѣтчатку, произвели ощущенія т. е. я вижу опредѣленные цвѣта и свѣта въ опредѣленномъ пространственномъ соотношеніи. Отдѣльныя группы этихъ ощущеній я уже видѣлъ раньше въ соотвѣтствующемъ сопоставленіи: онѣ получаютъ извѣстную самостоятельность въ качествѣ отдѣльныхъ единицъ высшаго порядка и выдѣляются въ качествѣ объектовъ (деревья, дома, источникъ); изъ опыта я знаю, что изъ источника вытекаетъ то, что я называю водой и что можетъ утолить мою жажду. Во мнѣ, слѣдовательно, было вызвано „понятіе“ источника со всѣми его существенными частями, въ то время какъ опытъ даннаго момента далъ мнѣ только нѣкоторое количество цвѣтныхъ пятенъ. Процессъ вызыванія (пробужденія) старыхъ комплексовъ ощущеній новыми ощущеніями носитъ названіе воспріятія. Итакъ, я ощущаю извѣстное расположеніе свѣтовъ, но я воспринимаю извѣстные объекты; я ощущаю звуки, но я воспринимаю рѣчь или журчаніе источника; я ощущаю запахъ, но я воспринимаю ароматъ фіалки.

Жажда пробуждаетъ во мнѣ влеченіе пить изъ источника. Очевидно, что эти два момента — жажда и влеченіе — явились причиной того, что изъ множества представившихся глазу объектовъ я замѣтилъ именно источникъ. Однако, меня влечетъ не только пить, я хотѣлъ бы также отдохнуть, мнѣ представляется, что вода можетъ быть инфицирована, что въ ближайшемъ ресторанѣ я получу лучшій напитокъ и т. п. Въ противовѣсъ этому, я не знаю, далеко ли туда итти, а источникъ не вызываетъ подозрѣній. Такимъ образомъ, влеченіе утолить жажду пересиливаетъ, я рѣшаю напиться воды изъ источника, предварительно отдохнувши, а потомъ пойти дальше. Эти различныя влеченія и сопровождающія ихъ представленія вызвали смѣну мыслей, разсужденіе, приведшее въ концѣ концовъ къ рѣшенію, которое въ свою очередь въ надлежащее время перешло въ дѣйствіе.

Какъ при остальныхъ нервныхъ функціяхъ мы имѣемъ здѣсь центростремительный[1]) пріемъ раздраженій т. е. матеріала, который мы разлагаемъ на ощущенія и воспріятія, затѣмъ переработку и частичный переводъ этого матеріала въ центробѣжныя функціи (рѣшенія, дѣйствія). Переработка только рѣдко совершается такимъ образомъ, что наступающій психокимъ [2]), какъ при рефлексѣ, пере-

---

[1]) Я не упоминаю „психостремительныхъ“ функцій, ибо хотя „направленіе“ вообще существуетъ, однако и входящія и выходящія функціи, поскольку онѣ составляютъ предметъ психологіи, протекаютъ внутри самой психики. Нужно однако имѣть въ виду, что слова „центръ“ и „направленіе“ представляютъ только символы, а никакъ не пространственныя отношенія, все таки дорога отъ органа чувствъ къ мозгу и отъ мозга къ мышцѣ должна мыслиться въ пространствѣ.

[2]) „Психокимъ“ обозначаетъ физіологическое пониманіе психическихъ явленій т. е. предполагаемую энергію, производимую нервной системой и образующую подкладку психическихъ явленій.

водится на центробѣжные пути посредствомъ имѣющихся механизмовъ; обычно эта переработка заключается въ томъ, что тутъ же „вызываются" новые процессы. Воспріятія пробуждаютъ представленія, соединяющіяся между собой по опредѣленнымъ нормамъ (мышленіе) и только равнодѣйствующая этихъ явленій, какъ единое цѣлое опредѣляетъ центробѣжный актъ.

Кромѣ этихъ интеллектуальныхъ процессовъ, мы замѣчаемъ дѣйствіе еще двухъ функцій, составляющихъ качество всѣхъ психическихъ функцій или, какъ другіе думаютъ, сопутствующихъ психическимъ функціямъ; я имѣю въ виду память и аффективность. Говоря о воспріятіи мы уже отмѣтили, что существуютъ слѣды прежнихъ переживаній, воспроизводящіе ихъ и въ смыслѣ содержанія и въ смыслѣ взаимной связи; и дѣйствительно, всякое психическое явленіе оставляетъ длительные слѣды (энграммы[1]), которые впослѣдствіи проявляются въ формѣ воспоминаній, вліянія упражненій и т. п. При этомъ слѣды эти вновь оживаютъ (экфорируются[1])) и либо воспроизводятъ данное переживаніе (заученныя движенія, галлюцинаціи), либо изображаютъ его въ похожемъ видѣ (представленія при воспріятіяхъ).

Видъ источника вызвалъ пріятное чувство, какъ и утоленіе жажды; представленіе о возможности заразы дало непріятное чувство. Такимъ образомъ, каждый психическій актъ сопровождается чувственнымъ тономъ (аффективность), который въ то же время играетъ главную роль при рѣшеніяхъ.

Далѣе мы видимъ, что всякій психическій процессъ вызываетъ воспоминанія прежнихъ переживаній, что послѣднія благодаря совмѣстному появленію настолько между собой связываются, что и въ дальнѣйшемъ они экфорируются вмѣстѣ, какъ нѣчто цѣлое, какъ одна единица; что различныя идеи, чувства и влеченія вліяютъ другъ на друга, то мѣшаютъ то способствуетъ другъ другу, пока наконецъ не сливаются въ общую равнодѣйствующую. Эти разнообразныя взаимоотношенія и соединенія психизмовъ мы называемъ ассоціаціями.

а) Центростремительныя функціи.

Ощущенія.

Ощущенія являются наиболѣе элементарными изъ всѣхъ психическихъ процессовъ, доступныхъ нашему наблюденію, и тѣмъ не менѣе они уже очень сложны. Напр., всякое ощущеніе свѣта заключаетъ въ себѣ два качества: одно отличаетъ это ощущеніе отъ ощущеній другихъ органовъ чувствъ (свѣтъ, не звукъ), другое качество дифференцируетъ это ощущеніе въ предѣлахъ своего органа чувствъ (цвѣтъ), затѣмъ это ощущеніе имѣетъ количественную величину (яркость), насыщеніе (примѣсь бѣлаго къ цвѣтному), мѣстные признаки (направленіе, величина, видъ). При ощущеніяхъ другихъ органовъ чувствъ явленія аналогичны.

---

[1]) Номенклатура по Semon. Мнема, какъ сохраняющее начало въ смѣнѣ органическихъ явленій. Engelmann, Leipzig, 1904.

Воспріятія.

Ощущенія (или ихъ группы), экфорируя въ насъ воспоминанія прежнихъ группъ ощущеній, вызываютъ воспріятія. Такимъ образомъ, въ насъ всплываетъ комплексъ воспоминаній, ощущеній; элементы комплекса особенно крѣпко спаяны между собой и отграничены отъ другихъ группъ ощущеній благодаря тому, что раньше они появлялись вмѣстѣ (сравни ниже „Понятіе"). Въ воспріятіи, слѣдовательно, заключены три момента: ощущеніе, воспоминаніе и ассоціація. Участіе ассоціаціи состоитъ въ томъ, что ощущеніе (цвѣтовыхъ пятенъ или журчащаго источника) экфорируетъ понятіе (источника), и что отдѣльныя энграммы ощущеній, заключенныя въ понятіи источника, съ давнихъ поръ связаны между собою и теперь всплываютъ одновременно, какъ одна единица.

Воспріятіе не представляетъ собой законченнаго акта. Можно воспринять статую какъ статую вообще, какъ статую Шиллера, какъ опредѣленную статую Шиллера; можно слово воспринять, какъ слово, какъ нѣмецкое слово и наконецъ какъ слово въ полномъ его значеніи со всѣми его отношеніями къ опредѣленному положенію. Эта идентификація какой нибудь одной спаянной группы ощущеній съ ранѣе пріобрѣтенными аналогичными комплексами называется о с м ы ш л е н і е м ъ. Оно покрываетъ болѣе узкое понятіе воспріятія.

b) Понятія и представленія.

П о н я т і я. Мы видимъ въ первый разъ спѣлую землянику или сразу въ большомъ количествъ или въ разное время по немногу. Зрѣніемъ мы при этомъ ощущаемъ опредѣленные цвѣтовые оттѣнки, формы, величину; осязаніе и кинэстетическое чувство даютъ намъ ощущенія шероховатости, твердости, вѣса; обоняніе и вкусъ ощущаютъ вкусъ и ароматъ плодовъ. Отдѣльныя ягоды кое въ чемъ схожи между собой, кое чѣмъ разнятся. Въ то время какъ различія ощущаются только при разглядываніи одной или немногихъ ягодъ, сходства встрѣчаются горазде чаще и наконецъ сливаются въ одинъ спаянный комплексъ. Какъ только мы испытываемъ ощущеніе, хоть сколько нибудь характерное для земляники, въ насъ всплываютъ болѣе или менѣе живыя воспоминанія общаго представленія. Все это сплетеніе воспоминаній объ ощущеніяхъ, вызываемыхъ въ насъ земляникой, и есть п о н я т і е з е м л я н и к и, „земляники", какъ вида. Это понятіе можетъ быть дополнено дальнѣйшимъ опытомъ, напр. наблюденіемъ, что ягоды находятся на растеніи, что это плодъ, что онѣ находятся въ соотношеніи съ ботаническими данными. Процессъ образованія понятія аналогиченъ, такимъ образомъ, процессу фотографіи типовъ.

Слово „понятіе" употребляется также и по отношенію къ отдѣльному предмету или индивидууму. Можно смотрѣть на отдѣльную ягоду земляники, на отдѣльнаго человѣка въ разное время, съ разныхъ разстояній и въ разной перспективѣ. Слѣды этихъ повторныхъ ощущеній экфорируются и образуютъ такимъ образомъ понятіе опредѣленнаго предмета, опредѣленнаго человѣка.

Съ другой стороны образованіе понятія можетъ осложниться путемъ дальнѣйшаго присоединенія новыхъ отдѣльныхъ впечатлѣній. Кромѣ ягодъ земляники, мы видимъ на растеніяхъ еще много предметовъ, изъ которыхъ можно съ помощью опредѣленныхъ пріемовъ вырастить новое растеніе. Признаки, общіе всѣмъ этимъ предметамъ, образуютъ болѣе тѣсное сплетеніе энграммъ — понятіе плода.

Понятія качества (свойства) или работы составляются естественно такимъ же образомъ: „ходить“ вытекаетъ изъ наблюдаемаго сходства цѣлаго ряда явленій; „голубой“ выдѣляетъ извѣстную категорію часто повторяющихся зрительныхъ ощущеній. Даже высшія отвлеченныя понятія образуются такимъ образомъ, не требуя никакихъ принципіально новыхъ процессовъ. Одинъ спасаетъ врага, другой готовъ стать мученикомъ за идею, третій не крадетъ, несмотря на большой соблазнъ. Всѣ эти явленія имѣютъ нѣчто общее между собою, а именно: наше аффективное отношеніе къ этимъ поступкамъ и ихъ значеніе для общества. Выдѣляя эту общую черту, мы получаемъ понятіе добродѣтели. Наблюденія надъ самимъ собой и внѣшнимъ міромъ учатъ, что одни опредѣленныя событія влекутъ за собой постоянно другія опредѣленныя событія. Общую черту эту мы называемъ „причина“ и „слѣдствіе“ или „причинное соотношеніе“, когда имѣемъ въ виду другія взаимоотношенія предметовъ и явленій.

Въ процессѣ образованія понятій совершается (частью предварительно, частью одновременно) очень важная работа, именно выборъ матеріала. Когда мы представляемъ себѣ дерево, мы имѣемъ въ виду дерево въ опредѣленной подходящей перспективѣ, но не въ разныхъ перспективахъ и безъ одновременныхъ другихъ переживаній, испытанныхъ нами во время процесса образованія понятія дерево; все это отбрасывается; иначе говоря ассоціаціи, которыя необходимо должны были образоваться уже вслѣдствіе одновременности переживаній и существованіе которыхъ можно доказать, задерживаются Эти указанія представляютъ только намекъ на ту громадную работу, которая совершается въ нашей психикѣ при выполненіи самыхъ простыхъ функцій и которая состоитъ въ сложеніи и разложеніи отдѣльныхъ энграммъ. Обычно замѣчаютъ только положительный процессъ сложенія, процессъ задержки, разложенія недооцѣнивается или вовсе игнорируется (см. олигофреніи).

Очень часто мы одновременно съ воспріятіемъ явленія или предмета слышимъ и слово, которое его обозначаетъ. Такимъ образомъ слово, какъ и остальные компоненты, связано съ понятіемъ, хотя и не такъ тѣсно. Русское слово „земляника“ вызываетъ и понятіе земляники у каждаго, знающаго русскій языкъ и знающаго этотъ плодъ. Значеніе слова для образованія понятія усиливается еще потому, что съ помощью слова можно передавать другимъ опредѣленіе уже созданныхъ понятій. Отдѣльный человѣкъ самъ по себѣ легко можетъ образовать понятіе „дерево“, но понятіе „растеніе“ уже не такъ легко дастся безъ использованія работы прежнихъ поколѣній. Различные языки имѣютъ поэтому различныя понятія. Французское manger включаетъ въ себѣ „кушать“ и „обжираться“, англійское fish гораздо шире, чѣмъ слово рыба. Нѣмецкое Brunnen по французски распадается на fontaine и puit. Однако значеніе языка для образованія понятій часто пореоцѣнивается. Такъ напр., можно думать, что ребенокъ, называя всѣхъ мужчинъ

безъ разбору однимъ и тѣмъ же словомъ папа, не дѣлаетъ различій между ними, а между тѣмъ нетрудно доказать, что это не такъ. Существуетъ мнѣніе, что по объему запаса словъ у человѣка можно судить о количествѣ понятій у него; на этомъ основаніи нѣкоторые авторы вычислили, что у простого англійскаго чернорабочаго имѣется только нѣсколько сотъ понятій. Между тѣмъ, идіотъ, если онъ только вообще способенъ воспринимать понятія, и даже собака располагаютъ гораздо большимъ количествомъ. Ничему не учившіеся глухонѣмые образуютъ множество не только конкретныхъ, но и отвлеченныхъ понятій. Бываютъ люди съ большимъ запасомъ словъ и скуднымъ количествомъ понятій (высшее слабоуміе), и наоборотъ можно располагать немногими словами и имѣть богатый запасъ понятій. Утверждаютъ, что мыслить можно только словами. На самомъ дѣлѣ мы при обычномъ мышленіи употребляемъ сокращенные символы вмѣсто самихъ понятій. Въ качествѣ такихъ символовъ часто служатъ слова, однако имѣются и другіе виды символовъ, и предпочтеніе отдается то тѣмъ, то другимъ. Для чиселъ одни пользуютъ числительными словами, другіе цыфрами, третьи представленіемъ цвѣтного пятна или представленіемъ мѣста даннаго числа на скалѣ и т. п.

Понятія не представляютъ собой ничего фиксированнаго, они легко дополняются и видоизмѣняются на основаніи новыхъ впечатлѣній. Понятіе „Богъ“ неодинаково не только у дикаря и у цивилизованнаго человѣка, но и у ребенка и взрослаго, у образованнаго и необразованнаго. Понятіе „электричество“ мѣняется послѣ изученія высшей математики и т. п.

При всякомъ даже самомъ элементарномъ образованіи понятій мы видимъ процессъ абстракціи т. е. устраненіе однихъ категорій ощущеній и воспоминаній и выдѣленіе другихъ.

Абстракцію не нужно считать особенной или „высшей“ способностью, она лежитъ въ природѣ центральнонервной, а слѣдовательно и психической дѣятельности. И тутъ и тамъ переживанія не бываютъ тождественны, а только похожи; когда физіологъ говоритъ, что за одинаковыми раздраженіями слѣдуютъ одинаковыя реакціи, не слѣдуетъ этого понимать буквально; на самомъ дѣлѣ, нервные центры отвѣчаютъ однородно на похожія воздѣйствія: несущественныя различія не вліяютъ замѣтнымъ образомъ на реакціи т. е. центръ или реакціи абстрагируютъ ихъ (различія). Если на мѣсто имѣющихся (рефлекторныхъ) механизмовъ становятся воспоминанія и процессы ассоціативно съ ними связанные (мысли, поступки), то абстракція этихъ различій дѣлается разнообразнѣе, но принципіально остается такой же. Уже въ процессѣ воспріятія дѣло такъ обстоитъ: младенецъ видитъ мать на разныхъ разстояніяхъ въ разныхъ проэкціяхъ и разныхъ платьяхъ, и тѣмъ не менѣе онъ ее узнаетъ, какъ одно и то же существо: онъ абстрагируетъ всѣ различія. То обстоятельство, что онъ при воспріятіи вообще выдѣляетъ мать изъ всего окружающаго, само по себѣ уже является абстракціей, аналогичной процессу образованія понятія: младенецъ не видитъ матери одной, онъ ее видитъ всегда вмѣстѣ съ комнатой, послѣднюю онъ абстрагируетъ и выдѣляетъ понятіе матери. Насколько важна эта функція, можно судить по тѣмъ случаямъ, когда она выпадаетъ. Дѣти часто относятся къ однимъ и тѣмъ же людямъ разно въ зависимости отъ внѣшней обстановки; кошки, какъ правило, считаютъ внѣ дома чужими людей, которыхъ они дома отлично знаютъ.

Представленія. Въ видѣ экфорированнаго воспоминанія можетъ стать представленіемъ все, что воспринимается чувствами: свойства, предметы, явленія. Кромѣ того, къ представленіямъ относятся и такія психическія образованія, которыхъ мы никогда

чувствами не воспринимали, всевозможныя комбинаціи впечатлѣній органовъ чувствъ, продукты фантазіи, желанія, возможности, равно какъ абстракціи и ихъ соединеніе въ идеи, однимъ словомъ, все, что становится для даннаго момента актуальнымъ благодаря экфоріи, а не благодаря воспріятію чувствъ.

c) Ассоціаціи. Мышленіе.

Соединенія психизмовъ мы называемъ ассоціаціями.

Наблюденіе учитъ, что существуютъ различныя формы ассоціацій, которыя, однако, между собой комбинируются и вообще не рѣзко другъ отъ друга отграничиваются.

1. Двѣ параллельно протекающія функціи могутъ взаимно воздѣйствовать одна на другую въ смыслѣ видоизмѣненія, способствованія или задержки. Воспріятіе дороги и препятствій направляетъ наши шаги; нравственное размышленіе удерживаетъ насъ отъ сомнительнаго поступка; два мотива, одинаково направленные, способствують реакціи; случайныя побочныя раздраженія воздѣйствуютъ даже на нѣкоторые рефлексы во всѣхъ трехъ направленіяхъ.

2. Одновременныя или послѣдовательныя переживаиія связаны между собою въ томъ смыслѣ, что они или охотно всплываютъ въ памяти совмѣстно, или же воспроизведеніе одного переживанія вызываетъ въ памяти остальныя. Сюда же относится то явленіе, что наши представленія, понятія, идеи мыслятся или всплываютъ въ памяти одновременно (или тутъ же вслѣдъ) со всѣми или многими своими компонентами; когда мы слышимъ слово роза или думаемъ о розѣ, съ этимъ связываются отдѣльные психизмы красный, красивый, душистый, и вообще всѣ тѣ, которые образуютъ общее понятіе цвѣтка.

3. Одно представленіе вызываетъ другое: думаешь о розѣ и переходишь на тюльпаны и гвоздики; садишься писать свое имя, и разнообразныя движенія слѣдуютъ другъ за другомъ въ привычномъ порядкѣ. Тоже происходитъ, когда мы производимъ какое либо дѣйствіе по опредѣленному сигналу; при психологическомъ экспериментѣ — реакція съ выборомъ — мы извѣстнымъ образомъ устанавливаемъ свою психику: на звонокъ мы реагируемъ правой рукой, на свѣтъ лѣвой. Эта функція довольно близка уже явленію рефлекса; нельзя послѣдній приравнивать къ простому переходу чувствительныхъ раздраженій на моторныя приспособленія, ибо онъ представляетъ собой такъ называемый пускъ въ ходъ, приведеніе въ дѣйствіе преформированнаго механизма.

4. Указанныя формы могутъ сочетаться между собою въ любыхъ комбинаціяхъ: воспріятіе яблока вызываетъ у ребенка влеченіе его съѣсть (послѣдовательная ассоціація, форма 3), но вмѣстѣ съ тѣмъ и воспоминаніе о наказаніи за кражу яблокъ, и это тормозитъ желаніе присвоить яблоко (одновременная функція, форма 1).

Обычно однако имѣютъ въ виду не всѣ эти формы, а только слѣдующія явленія: 1. вслѣдствіе совпаденій во времени образуются ассоціативныя сочетанія соотвѣтствующихъ энграммъ (кладется основа ассоціацій). 2. Эти сочетанія фиксируются вмѣстѣ съ энграммами переживаній (энграммы ассоціированы) 3. новое событіе экфорируетъ энграммы воспоминаній, относящихся къ переживаніямъ a) одинаковымъ b) подобнымъ или c) связаннымъ съ ними при возникновеніи. Цѣлая идея можетъ такимъ образомъ ассоціироваться съ прежней.

Ассоціація является состояніемъ въ смыслѣ взаимной связи энграммъ, она же представляетъ собою процессъ, когда присоединяются другія одновременныя переживанія, когда одно представленіе вызываетъ другое, когда происходитъ процессъ мышленія или вообще, когда одинъ психизмъ воздѣйствуетъ на другой.

Ассоціаціи въ смыслѣ длительныхъ сочетаній возникаютъ вслѣдствіе одновременнаго или послѣдовательнаго другъ за другомъ протеканія многихъ психизмовъ (какъ актъ воспріятія и ассоціація грома и молніи). Всѣ процессы, совершающіеся въ психикѣ одновременно

или послѣдовательно другъ друга смѣняющіе, спаиваются между собой; это доказывается не только тѣмъ, что они взаимно другъ на друга вліяютъ, но и тѣмъ, что они совмѣстно всплываютъ въ памяти (какъ показываетъ ежедневное наблюденіе). Часто удается вспомнить что нибудь забытое, если пойти на то мѣсто, гдѣ мы объ этомъ думали или гдѣ это случилось, это удается даже въ томъ случаѣ, когда между мѣстомъ и забытымъ представленіемъ нѣтъ логической связи. И тѣмъ не менѣе, ассоціаціи доходятъ до насъ съ выборомъ. Въ первую очередь мы вспоминаемъ тѣ переживанія, которыя прямо или косвенно для насъ важны. Замѣчаются такимъ образомъ существенныя различія въ способности ассоціаціи къ экфоріи, а возможно и въ переработкѣ воспоминаній; къ сожалѣнію, мы не можемъ подробнѣе остановиться на разборѣ этихъ различій; во всякомъ случаѣ, главную роль играютъ здѣсь аффективные механизмы.

Кромѣ того, въ основоположеніи ассоціацій, какъ и во всякой другой функціи, имѣется и нѣчто отрицательное. Если мы привыкнемъ извѣстнымъ образомъ писать букву, это будетъ проявляться постоянно, даже если мы долго не будемъ писать. Но стоитъ въ дальнѣйшемъ пріучиться писать эту букву иначе, и тогда воспроизведеніе первой формы будетъ натыкаться на трудности, даже если заблаговременно объ этомъ подумать. Теперешнее медицинское образованіе мѣшаетъ пониманію психологіи не потому, что оно ее игнорируетъ, но потому — и это важнѣе — что оно закладываетъ въ насъ ассоціаціи другого направленія и этимъ прямо таки тормозитъ психологическое мышленіе.

Если разсматривать ассоціаціи, какъ процессъ воспоминанія, то мы увидимъ, что сравнительно часто экфорируются одновременныя или непосредственно другъ за другомъ слѣдующія переживанія, и затѣмъ — по понятнымъ причинамъ — похожія или аналогичныя[1]: ребенокъ обжегся въ пламени свѣчи, но бояться онъ сталъ всякаго огня.

Большинство ассоціацій, особенно пріобрѣтенныя на основаніи одновременности, могутъ одинаково протекать и въ направленіи a—b и въ направленіи b—a. Для отдѣльныхъ переживаній, связанныхъ вмѣстѣ (напр. детали одного процесса), направленіе не играетъ роли, такъ какъ любое изъ нихъ вызываетъ ассоціацію связывающаго ихъ высшаго понятія, которое въ свою очередь можетъ вызвать остальныя части въ любой послѣдовательности.

Иногда однако выборъ направленія не лишенъ значенія, такъ напр. при ассоціаціяхъ, значеніе которыхъ состоитъ въ опредѣленномъ слѣдованіи другъ за другомъ: можно очень хорошо говорить подрядъ азбуку или стихъ, но попробуйте это сдѣлать въ обратномъ порядкѣ; если мы даже напишемъ букву наоборотъ, это будетъ движеніемъ новаго порядка, а не просто послѣдовательнымъ сокращеніемъ мускуловъ въ обратномъ направленіи. Ассоціаціи по одновременности тоже можно путемъ упражненій сдѣлать односторонне направленными: большинство людей, читающихъ по напечатаннымъ готическимъ буквамъ, не могутъ ихъ представить себѣ по одному звуковому впечатлѣнію. По вполнѣ понятнымъ причинамъ, предпочтеніе отдается направленію отъ частнаго къ общему: имя легко вызываетъ представленіе человѣка, носящаго его, а между тѣмъ часто бываетъ, что мы представляемъ себѣ человѣка и не можемъ вспомнить его имени. Этотъ моментъ играетъ большую роль при болѣзненныхъ разстройствахъ памяти.

---

[1]) Въ похожемъ или аналогичномъ участвуютъ общіе психизмы. Чувствительность психики (а можетъ быть и центральной нервной системы) по отношенію къ различіямъ невелика. Если предметы имѣютъ различіе, лежащее ниже порога различій, то такіе предметы, кажутся одинаковыми.

Логическое мышленіе есть прежде всего повтореніе, экфорія ассоціативныхъ сочетаній, пережитыхъ раньше, или вообще похожихъ и аналогичныхъ.

Окапывая дерево, мы видимъ каждый разъ корни. Такимъ образомъ, закладывается основа ассоціаціи представленія растущаго дерева съ представленіемъ корней. Когда мы видимъ дерево и при этомъ возникаетъ представленіе корней, оно ассоціируется съ деревомъ и при томъ въ порядкѣ взаимной связи. Абстрагируя post factum логическіе законы, мы выражаемся: каждое дерево имѣетъ корни, это есть дерево, слѣдовательно оно имѣетъ корни. Такъ, однако, мы думаемъ только въ исключительныхъ случаяхъ, когда мы сомнѣваемся въ правильности умозаключенія и ищемъ доказательства. Милліоны умозаключеній, которыя мы ежедневно дѣлаемъ въ мысляхъ и поступкахъ, мы выводимъ горазде проще; когда мы желаемъ перкутировать сердце, мы не говоримъ себѣ: у каждаго человѣка сердце находится на лѣвой сторонѣ, это человѣкъ, слѣдовательно у него сердце на лѣвой сторонѣ, — мы просто ассоціируемъ обычное мѣсто съ идеей перкуссіи сердца.

Умозаключеніе, какъ и мышленіе вообще представляетъ собою повтореніе одинаковыхъ или аналогичныхъ сочетаній, какъ ихъ намъ показываетъ жизнь.

Для доказательства Пиѳагоровой теоремы достаточны: 4 опыта повседневныхъ, два спеціальныхъ (воспомогательныя линіи, проведенныя ad hoc) и 9 ассоціацій по аналогіи (такія понятія, какъ треугольникъ, параллельная линія, умноженіе предполагаются извѣстными и поэтому не вошли въ указанныя числа).

Причинное мышленіе есть не что иное какъ аналогія къ наблюденію о правильномъ слѣдованіи двухъ[1]) событій одного за другимъ. При этомъ нужно отмѣтить, что понятіе правильнаго слѣдованія довольно измѣнчивое. Дикарю многое кажется propter hoc, что для насъ только post hoc. Кромѣ того слѣдуетъ принять во вниманіе и другія возможности. Ночь не есть причина дня, тѣмъ не менѣе, въ миѳологіи часто встрѣчается такой взглядъ; сначала падаетъ барометръ, потомъ портится погода, поэтому людямъ часто хочется разбить идущій на пониженіе барометръ, чтобы имѣть хорошую погоду. Во всякомъ случаѣ понятіе причинности гораздо шире; часто мы сами составляемъ звено причинной цѣпи, мы сами своими поступками можемъ дѣлать причины и слѣдствія, мы даже обусловливаемъ свои поступки этими соображеніями. Внѣ насъ мы видимъ причины, а въ насъ мотивы. Различіе между ними только въ точкѣ зрѣнія, возможно и въ большей сложности мотивовъ въ сравненіи съ причинами.

Послѣднее время многіе стали придавать большое значеніе разницѣ между „причиннымъ" и „конечнымъ" мышленіемъ. По отношенію къ логическимъ формамъ разницы никакой нѣтъ; при конечномъ мышленіи принимаются въ расчетъ детерминанты, оносящіеся къ будущему, какъ при вычисленіи солнечныхъ затменій. Разница заключается въ цѣли мышленія: конечное мышленіе опредѣляетъ наши поступки, при причинномъ удовлетворя-

---

[1]) Въ дѣйствительности всякое событіе имѣетъ больше одной причины. Главная трудность причиннаго мышленія и лежитъ въ многообразіи предпосылокъ для каждаго отдѣльнаго явленія. Однако, для психологическаго обсужденія нѣтъ надобности понятіе причинности расширить и обнять имъ всю совокупность условій, хотя медицинѣ, вообще говоря, не мѣшало бы внести больше ясности въ это понятіе.

ется наша потребность въ объясненіи. Первая функція очевидно болѣе ранняго происхожденія и болѣе обычна; причинная же функція начинаетъ играть роль только у культурнаго человѣка, у котораго развивается потребность въ теоретическомъ объясненіи, и который научается цѣнить помощь, которую причинное пониманіе совокупности разныхъ событій оказываетъ ему при достиженіи его цѣлей.

Сужденіе представляетъ собою повтореніе сочетаній (понятій), данныхъ опытомъ. „Снѣгъ бѣлъ", „Кантъ былъ великій человѣкъ" — все это выраженія посредственнаго и непосредственнаго опыта. Очень важно однако отмѣтить, что слово „сужденіе" обозначаетъ двѣ вещи: въ логикѣ сужденіемъ называется „форма, въ которой мы мыслимъ и выражаемъ познанія". Между тѣмъ, когда мы въ психіатріи употребляемъ выраженіе „способность сужденія", мы имѣемъ въ виду способность образовать сужденія, т. е. способность выводить вѣрныя умозаключенія изъ данныхъ опыта.

Конечно, мышленіе не объясняется вполнѣ однимъ сведеніемъ отдѣльныхъ мыслительныхъ процессовъ къ даннымъ извнѣ ассоціаціямъ. Не каждый разъ, когда въ насъ оживаетъ понятіе дерева, мы ассоціируемъ къ нему понятіе корней. Мы это дѣлаемъ только тогда, когда это направленіе (ассоціаціи) опредѣляется констелляціей (намъ кажется, что вѣтеръ хочетъ вырвать дерево съ корнемъ) или цѣлью мышленія (мы думаемъ о питаніи дерева). Каждая отдѣльная идея имѣетъ неисчислимое количество ассоціативныхъ связей; какой изъ этихъ путей будетъ избранъ въ конкретномъ случаѣ, зависитъ отъ дальнѣйшихъ детерминантъ, среди которыхъ главную роль играютъ констелляція и цѣль мышленія.

Цѣль мышленія представляетъ собою цѣлую іерархію соподчиненныхъ цѣлевыхъ представленій. Когда я пишу здѣсь про ассоціаціи, я все время долженъ болѣе или менѣе сознательно имѣть эту цѣль въ виду, но кромѣ того я долженъ считаться съ общимъ планомъ, насколько онъ для меня выяснился, съ мыслью, лежащей въ основѣ главы и предложенія, съ тѣмъ, что я раньше сказалъ и т. п.

Даже при этомъ, какъ будто очень связанномъ (цѣлью) ходѣ мыслей, играетъ большую роль констелляція случайная (даннаго момента) и общая. Послѣдняя породила только что приведенный примѣръ. Но кромѣ непосредственныхъ переживаній момента, ходъ мыслей обусловливается также и предыдущими переживаніями. Существеннымъ факторомъ становится констелляція при болѣе свободномъ или безцѣльномъ мышленіи. Голодный или наоборотъ очень наѣвшійся человѣкъ гораздо легче обычнаго будетъ ассоціировать любую идею съ представленіемъ, относящимся къ ѣдѣ (сны!). Если кто пришелъ съ лекціи химіи и слышитъ слово „вода", онъ не сразу подумаетъ о водѣ съ точки зрѣнія ландшафта или пути сообщенія.

Цѣль мышленія и констелляція тоже имѣютъ (наряду съ положительнымъ) опредѣленное отрицательное дѣйствіе. Каждый психическій и всякій центральнонервный процессъ не только способствуетъ небольшому количеству одинаково направленныхъ функцій, но и тормозитъ безконечное количество другихъ психизмовъ. Развитіе мышленія и въ этомъ направленіи идетъ параллельно развитію

движенія, которое должно научиться не только напрягать нужныя мышцы въ опредѣленной послѣдовательности, но и не напрягать остальныя.

Стоитъ только по возможности освободить ассоціаціи отъ цѣлевыхъ представленій, и передъ нами появятся отчетливо простыя ассоціативныя сочетанія опыта и констелляціи. Дѣлается это такъ, что изслѣдуемому субъекту говорятъ слово съ тѣмъ, что онъ долженъ тутъ же немедленно сказать первое пришедшее на умъ слово. При этомъ мы получимъ ассоціаціи по мѣсту и времени, по сходству и контрасту, по сочиненію и подчиненію, по сходству звука и сходству понятія. Нѣкоторые авторы въ группировкѣ этихъ ассоціативныхъ направленій усмотрѣли „законы ассоціацій". Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ съ очевидностью, что эти „законы" обнимаютъ только небольшую часть детерминантъ нашего естественнаго мышленія.

Главная цѣль мышленія обусловливается влеченіями и аффектами: мы хотимъ достигнуть желаемой цѣли. И въ деталяхъ мы видимъ, какъ вліяютъ на мышленіе аффективныя потребности. Это приводитъ постоянно къ конфликтамъ, даже къ прямой фальсификаціи логики; конечно у здоровыхъ это проявляется въ меньшей степени, нежели у душевнобольныхъ.

Ф а н т а з і я на ново комбинируетъ переработанный матеріалъ, болѣе или менѣе отрываясь при этомъ отъ данныхъ опыта. И з о б р ѣ т а т е л ь ставитъ себѣ цѣлью новыя задачи, которыхъ онъ хочетъ достигнуть по аналогіи съ извѣстнымъ; свободнѣе чувствуетъ себя п о э т ъ, который можетъ даже разойтись (въ миѳологіи и сказкѣ) съ дѣйствительностью, сохраняя конечно извѣстный смыслъ (см. объ аутистическомъ мышленіи).

Ассоціаціи свойственны не только одной психикѣ, наличіе ихъ со всѣми ихъ качествами (за исключеніемъ сознательности) можно экспериментально доказать и въ другихъ центральнонервныхъ процессахъ. Условные (ассоціаціонные) рефлексы Павлова проходятъ черезъ большой мозгъ, ибо только онъ одинъ опредѣленно способенъ къ такимъ пластическимъ функціямъ; однако этимъ ничуть не сказано, что путь этихъ рефлексовъ долженъ лежать черезъ психику, тѣмъ менѣе черезъ сознательную психику.

Для того, чтобы представить себѣ механизмъ ассоціацій, возможность взаимнаго воздѣйствія параллельно протекающихъ психизмовъ и возможность опредѣленнаго выбора изъ множества представляющихся путей, вообразимъ себѣ распредѣлительную доску электрической установки, гдѣ можно соединять и разъединять различные аппараты, включать и выключать то порознь, то вмѣстѣ. Констелляція (на нашемъ примѣрѣ она была обусловлена лекціей по химіи) можетъ повліять на психическій процессъ, аналогичный сопротивленію въ электричествѣ, въ смыслѣ уменьшенія его въ направленіи „химіи" и увеличенія въ другихъ направленіяхъ; благодаря этому идея „воды" будетъ ассоцироваться съ химическими представленіями, а не съ другими. Сравненіе съ электрическими включеніями даетъ возможность легче представить себѣ многія явленія, существованіе которыхъ иные отрицаютъ, а именно: скачку идей, шизофреническія разстройства ассоціацій, гипнотическія явленія, сосуществованіе или послѣдовательное чередованіе нѣсколькихъ личностей въ одной и той же психикѣ, область безсознательнаго и множество патологическихъ симптомовъ.

d) Интеллектъ.

Въ основѣ и н т е л л е к т а лежатъ ассоціативные процессы, задачей которыхъ является наново комбинировать пріобрѣтенныя

прежде представленія по аналогіи съ пережитыми ихъ сочетаніями. Если однако присмотрѣться ближе, придется признать, что этотъ видъ мышленія принципіально не отличается отъ простого воспроизведенія прежнихъ переживаній.

Интеллектъ представляетъ собою комплексъ многихъ функцій; у отдѣльныхъ индивидуумовъ онѣ могутъ быть развиты въ различной степени. Не существуетъ единаго интеллекта. Стоило бы кому нибудь заняться опредѣленнымъ выясненіемъ и опредѣленіемъ всего понятія „интеллектъ". Важное значеніе имѣютъ (кромѣ умѣнія правильно абстрагировать) способность 1. понимать то, что воспринимается самимъ субъектомъ, и то, что объясняютъ другіе, 2. такъ дѣйствовать, чтобы достигалась желаемая цѣль, 3. комбинировать дѣйствительно новое (логическая сила и фантазія).

Работа всѣхъ этихъ функцій зависитъ прежде всего отъ количества возможныхъ ассоціацій. Чѣмъ больше камушковъ мозаика нашего мышленія будетъ имѣть въ своемъ распоряженіи, тѣмъ больше идей и тѣмъ тоньше нюансы она будетъ въ состояніи выразить. Скала интеллекта, отъ идіота до генія, или отъ животнаго къ животному, основана главнымъ образомъ на ростѣ ассоціативныхъ возможностей. При этомъ не слѣдуетъ, однако, отожествлять возможность образованія многихъ ассоціацій и возможность одновременной ихъ экфоріи, первая функція разстроена у олигофрениковъ, вторая у органиковъ. На вторую очередь въ смыслѣ важности для интеллекта нужно поставить степень быстроты и легкости, съ которой ассоціаціи притекаютъ. Пусть кабинетный ученый не заботится о томъ, сколько времени онъ тратитъ на обдумываніе своей проблемы; люди, стоящіе въ гущѣ жизни, должны умѣть немедленно разобраться въ положеніи и вывести заключенія, необходимыя для дѣйствія. Далѣе, для работы интеллекта необходимъ правильный выборъ ассоціативнаго матеріала. Я ставлю эту функцію на третье мѣсто, такъ какъ у средняго человѣка она развита довольно удовлетворительно; сравнительно рѣдко ассоціируется ненадлежащій матеріалъ, и то больше у описанныхъ ниже олигофрениковъ съ неяснымъ мышленіемъ. Для выбора матеріала необходимо умѣть различать между важнымъ и неважнымъ— сложная функція, зависящая отъ кругозора, т. е. въ конечномъ счетѣ опять таки отъ количества ассоціацій. Чтобы комбинировать новое, а не топтаться на мѣстѣ, нужно располагать извѣстной рыхлостью ассоціацій (см. Образованіе понятій, а также олигофреніи), и кромѣ того особой активностью воли и мысли въ смыслѣ овладѣнія положеніемъ.

Чѣмъ выше интеллектъ, тѣмъ болѣе используется переработанный матеріалъ. Высоко стоящій интеллектъ мало работаетъ съ понятіями, близко стоящими къ воспріятіямъ, а больше съ выводами изъ нихъ, причемъ онъ часто уже не въ состояніи воспроизвести лежащія въ основѣ ихъ впечатлѣнія. Онъ дѣйствуетъ на основаніи мнѣнія о человѣкѣ, не особенно разбираясь въ томъ, какъ это мнѣніе составилось. Понятія онъ мыслитъ вмѣстѣ съ ихъ связями. Съ другой стороны онъ создаетъ себѣ сокращенія; соединеніе частностей въ единое высшее понятіе уже составляетъ сокращеніе,

кромѣ того сложныя представленія обозначаются символами, служащими не только для общенія съ людьми, но и для мышленія самого (математическіе знаки, напр. π, sin. и др.).

Дѣвочка школьница проситъ у матери денегъ для того, чтобы дать возможность бѣдной подругѣ участвовать въ школьной экскурсіи. Мать отказываетъ, говоря, что у нея нѣтъ лишнихъ денегъ. Ребенокъ замѣчаетъ, что эта подруга мелкими услугами нерѣдко зарабатываетъ пятакъ, другой. Тогда дѣвочка ставитъ на видъ своей бѣдной подругѣ, что стоитъ ей начать собирать эти пятаки, вмѣсто того, чтобы зря тратить, и наберется достаточно денегъ для экскурсіи. Она ей даритъ импровизированную копилку, постоянно навѣдывается, разспрашиваетъ, сколько денегъ собрано, и куда они дѣвались. Успѣхъ оказался отличнымъ.

Мы имѣемъ тутъ дѣло прежде всего съ проявленіемъ характера, которое обусловило все дальнѣйшее: отвѣтъ матери не успокоилъ дѣвочки, она стала искать другихъ путей. Однако интеллектъ тоже уже участвуетъ въ этомъ первомъ шагѣ. Дѣвочка, прежде чѣмъ найти правильный путь, поняла вообще, что можно помочь себѣ; умственно отсталый сразу сталъ бы втупикъ. Слѣдующій шагъ кажется простымъ, но только кажется, въ дѣйствительности же этотъ шагъ не многіе предпринимаютъ, хотя говорится о немъ много и вездѣ: дѣвочка замѣчаетъ и примѣняетъ идею, что 20 пятаковъ составляютъ рубль, т. е. что стоитъ сберечь 20 пятаковъ и получится рубль. Исканіе выхода несмотря на первую неудачу и примѣненіе математическаго принципа отличаютъ цивилизованнаго человѣка отъ примитивнаго. Многіе мудрецы ограничились бы добрымъ совѣтомъ копить деньги. Въ нашемъ случаѣ прибавляется очень важная идея копилки. Для этого потребовалось недостающее многимъ моралистамъ „чувство“ (собственно говоря, это умственный процессъ), что одними совѣтами дѣлу не поможешь, иными словами, понадобился комплексъ ассоціацій, относящійся къ легкомыслію подруги, и потребность обезвредить это. Съ помощью фантазіи выдумывается средство, чтобы „воодушевить“ (если только можно такъ выразиться по поводу такой мелочи) маленькую мотовку на другое дѣло. Фактъ исканія и нахожденія этого пути заставляетъ предположить у дѣвочки наличіе большого количества представленій, касающихся подруги и вообще людей, умѣніе привлечь эти представленія въ нужный моментъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ сдѣлать отборъ существенныхъ моментовъ отъ неважныхъ. Для послѣдняго требуется постоянное наличіе представленія мотивовъ дѣйствія, ибо отборъ можетъ совершаться только подъ руководствомъ этого представленія. Дальнѣйшее наблюденіе за ходомъ накопленія денегъ и освобожденіе отъ привычныхъ ассоціацій представляютъ собой проявленіе, какъ характера, такъ и интеллекта. Особенно важно оторвать себя отъ привычныхъ ассоціацій, если хотятъ не только понять, но и дѣйствовать т. е. искать новыхъ путей. Представленіе, что деньги надо брать у родителей, общераспространенное; если это не удается, тысячи дѣвочекъ подчиняются неизбѣжному. Наша героиня оторвала представленіе денегъ отъ представленія ихъ обычнаго источника и стала искать другого способа. Классическій анекдотъ съ Колумбовымъ яйцомъ является наиболѣе яркимъ примѣромъ важности такого отрыванія ассоціацій отъ обычной рутины. Колумбъ вѣрно разсчиталъ, что его соперники по своей ограниченности не сумѣютъ оторваться отъ обычнаго представленія неповрежденнаго яйца. Выходъ изъ положенія собственно говоря навязывался самъ собою (стоитъ только вообразить себѣ восковое яйцо), помѣшало только сильное сопротивленіе, которое дюжинные умы оказали непривычному представленію яйца со вдавленнымъ концомъ.

Совершенно другой масштабъ для интеллекта даетъ степень ясности представленій. Она не зависитъ отъ обилія возможныхъ соединеній, наоборотъ, когда имѣешь дѣло съ больными, страдающими отсутствіемъ ясности, получается впечатлѣніе, что у нихъ слишкомъ много ассоціацій, что у нихъ мало развиты задерживающіе процессы. Зато у обыкновенныхъ олигофрениковъ понятія, которыя они сами образуютъ, вовсе не такъ неясны. Идіоты, образуя понятія, мало отходятъ отъ дѣйствительности и поэтому уже обезпечены болѣе или менѣе отъ неясности, развѣ только если навязать

имъ понятія, которыхъ они не въ состояніи осмыслить. Съ другой стороны бываютъ очень умные, даже геніальные люди, которые оперируютъ очень многими неясными понятіями; для изобрѣтателей это даже связано съ нѣкоторыми преимуществами: они могутъ безъ большихъ затрудненій на основаніи какого либо опыта построить гипотетическое понятіе, а если оно не согласуется съ дальнѣйшимъ опытомъ, его можно незамѣтно для себя приспособить къ новымъ обстоятельствамъ т. е. начать употреблять въ новомъ смыслѣ. Само собой понятно, что такой путь опасенъ, только высокій интеллектъ можетъ безнаказанно вступить на него. Разъяснимъ на примѣрѣ звѣздъ, что мы понимаемъ подъ выраженіемъ неясное понятіе: астрономъ знаетъ каждую звѣзду созвѣздія Оріонъ, для него это ясное представленіе. Профанъ знаетъ только нѣсколько звѣздъ Оріона, или только то мѣсто неба, гдѣ это созвѣздіе наблюдается, но онъ отдаетъ себѣ отчетъ въ своемъ незнаніи: онъ имѣетъ неполное, но не неясное понятіе, онъ не впадетъ по своему незнанію въ ошибку, не будетъ считать другое созвѣздіе Оріономъ и не скажетъ, что комета вступила въ Оріонъ, когда въ дѣйствительности она его даже не задѣла. Человѣкъ съ неясными понятіями легко сдѣлаетъ эту ошибку, потому что у него понятія не имѣютъ точныхъ границъ: онъ однѣ и тѣ же звѣзды разъ приметъ за Оріонъ, другой разъ нѣтъ. Можно считать всѣ безъ исключенія затрудненныя психическія движенія заторможеніемъ, и все таки имѣть объ этомъ ясное (хотя и непригодное для діагностики) понятіе: но, кто примѣняетъ принятые теперь въ психіатріи термины, заторможеніе и задержка, не видя между ними разницы, тотъ имѣетъ неясное представленіе объ этихъ процессахъ.

Есть люди, у которыхъ болѣе сложныя понятія всѣ страдаютъ такого рода неясностью. Нѣкоторые ловко замаскировываютъ свой дефектъ искусными оборотами рѣчи, однако они такъ же плохо справляются съ трудностями жизни, какъ и остальные слабоумные.

Интеллектъ ни въ какомъ отношеніи не бываетъ единымъ. Нѣтъ людей, которые на всѣхъ поприщахъ психики были бы одинаково выдающимися, съ другой стороны у большинства идіотовъ всѣ функціи одинаково плохи. Интеллектъ практическій и теоретическій далеко не всегда идутъ вмѣстѣ. Успѣхъ въ жизни и успѣхъ въ школѣ это два глубоко различныхъ явленія, и это различіе только отчасти основано на томъ, что педагоги съ ихъ одностороннимъ масштабомъ ошибаются въ оцѣнкѣ способностей своихъ учениковъ.[1]) Многіе геніальные люди были плохими учениками, напр. Александръ Гумбольтъ по оцѣнкѣ своего учителя не годился для ученія. И такъ называемая житейская мудрость въ послѣшкольномъ періодѣ вовсе не то же самое, что интеллектъ. Общеизвѣстно, что можно быть особенно способнымъ или особенно неспособнымъ къ математикѣ, языкамъ, техникѣ, психологіи, философскому мышленію и т. д.; подобная спеціализація можетъ иногда

---

[1]) Къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще часто смѣшиваютъ два принципіально различныхъ факта: работу интеллекта и плоды воспитанія и школьнаго образованія, усвоеніе памятью школьнаго матеріала

очень далеко заходить; существуютъ люди геніальные, но лишь въ вычисленіи дней недѣли для любой даты или въ игрѣ въ скатъ.

Уже въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло не съ однимъ только чистымъ интеллектомъ. Хорошій математикъ обладаетъ не только способностью математически мыслить, но и влеченіемъ заниматься этимъ. Да и вообще работа интеллекта находится въ тѣсной зависимости отъ игры другихъ функцій, особенно аффектовъ. Уже на примѣрѣ школьницы мы видимъ, какъ влеченіе къ мысли и дѣлу помогаетъ справиться съ обстоятельствами. Народы востока, не имѣющіе влеченія къ знанію, неспособны — несмотря на высокій интеллектъ и богатую фантазію — создать нѣчто похожее на западную технику. Безвольный шизофреникъ и слишкомъ лябильный органикъ кажутся слабоумными уже изъ за одного разстройства аффективной сферы. Терпѣніе и желаніе додумать до конца существенно способствуютъ ясности мышленія. Мы уже выше указали, какъ сильно аффекты вліяютъ на логику. Иногда интеллектъ перестаетъ работать только вслѣдствіе нарушенія равновѣсія между способностью сужденія и аффективностью (апатія съ одной стороны, относительное слабоуміе съ другой). Особенно важно вліяніе чувствъ, относящихся къ Я, ибо они легко побуждаютъ насъ свои собственные интересы мѣрить другимъ аршиномъ, нежели все остальное. Къ тому же значительная доля житейской мудрости основана на инерціи Существенно вліяетъ на интеллектъ умѣніе сосредоточить вниманіе при осмышленіи и переработкѣ матеріала. Умѣніе находить новое обусловливается извѣстной степенью фантазіи или даже съ нею тождественно, если не требовать отъ новаго, чтобы оно было истиннымъ. Само собою понятно, что хорошая память существенно помогаетъ интеллекту и замаскировываетъ часто его слабость. Однако, чѣмъ выше интеллектъ, тѣмъ менѣе онъ нуждается въ примитивной памяти, передающей переживанія такъ, какъ они произошли; онъ больше оперируетъ отвлеченными понятіями; для представленія рыбы напр. онъ имѣетъ сокращенную формулу научно зоологическаго содержанія, а не просто представляетъ себѣ собраніе всякихъ рыбъ.

е) Память.

Все, что носитъ характеръ психическаго переживанія, оставляетъ длительный слѣдъ (энграмма). Мы знаемъ это потому, что чѣмъ чаще явленіе повторяется, тѣмъ легче оно протекаетъ (упражненіе), что прежнія переживанія могутъ видоизмѣнять процессы настоящаго, что повторно переживаемое воспринимается нами, какъ повтореніе, а главное потому, что мы можемъ вспоминать психическія явленія. Существа энграммы мы не знаемъ. При воспоминаніи должна повториться функція, либо похожая на прежнее переживаніе (представленіе воспринятаго) либо съ нимъ тождественная (повтореніе заученнаго движенія). Этотъ процессъ мы называемъ экфоріей энграммъ. У насъ нѣтъ прямыхъ доказательствъ, что всякое переживаніе (включая и безсознательное) оставляетъ энграммы, однако это очень вѣроятно, какъ показываютъ намъ случайныя воспоминанія. Переживанія, которыхъ какъ будто не

было въ памяти, всплываютъ иногда во снѣ, въ гипнозѣ, въ болѣзни и даже иногда въ обычномъ состояніи.

Молодая женщина, совершенно неграмотная, въ лихорадочномъ бреду произносила латинскія, греческія и древне-еврейскія изреченія, о которыхъ она вообще понятія не имѣла. Оказалось, что въ дѣтствѣ она служила у пастора, который имѣлъ обыкновеніе постоянно цитировать эти изреченія (Carpenter, Mental Physiology, London, Trübner 1896, стр. 437.). Человѣкъ, котораго гипнотизировали въ аптекѣ, можетъ иногда воспроизвести наизусть массу надписей на склянкахъ, хотя онъ въ нихъ ничего не понимаетъ.

Хотя каждое переживаніе оставляетъ свою энграмму, однако тѣ воспоминанія, которыя обычно въ ходу, являются уже продуктами очень сложной переработки. Когда мы представляемъ себѣ видъ, это не будетъ моментальной фотографіей, ограниченной извѣстнымъ полемъ зрѣнія, но это будетъ представленіемъ дерева, луга, луга съ деревьями, горъ и т. д., коротко говоря, въ тѣхъ энграммахъ, которыми мы пользуемся, впечатлѣнія уже разложены и составлены по законамъ образованія понятій.

Wernicke назвалъ способность образовывать энграммы воспріимчивостью (способность запоминанія) (Merkfähigkeit) и не совсѣмъ ясно[1]) противопоставилъ ее памяти. Въ этой концепціи слово память не обозначаетъ уже всей совокупности памяти (нескладно выходитъ, что для этого понятія тогда уже отсутствуетъ терминъ), а лишь сохраненіе энграммъ и ихъ способность къ экфоріи. Оправдывается ли выдѣлніе этихъ явленій въ особое свойство, неизвѣстно; несомнѣнно только, что многія энграммы при извѣстныхъ обстоятельствахъ теряютъ способность къ экфоріи и что причину этого — если мы вообще находимъ причину — слѣдуетъ искать не въ натурѣ самихъ энграммъ, а совсѣмъ въ другой области, чаще всего въ аффективныхъ препятствіяхъ. Фактъ невозможности вспомнить самъ по себъ не даетъ еще права заключить, что энграмма погибла. Подробнѣе объ этомъ см. въ патологіи памяти.

Повидимому, продолжительность существованія энграммъ совпадаетъ съ періодомъ, пока нѣтъ грубаго поврежденія мозга. Не такъ ужъ рѣдко мы видимъ, какъ въ старости ярко всплываютъ давно исчезнувшія, казалось, воспоминанія дѣтства. Забываніе, слѣдовательно, зависитъ не отъ исчезанія энграммъ, а отъ невозможносаи оживить ихъ и превратить въ воспоминаніе, отъ невозможности ихъ экфорировать ассоціативнымъ путемъ.

То обстоятельство, что время ослабляетъ способность энграммы къ воспоминанію, видимо, зависитъ отъ новыхъ похожихъ воспоминаній[2]); похожіе ряды цифръ труднѣе воспроизводятся, чѣмъ совершенно разные. Самонаблюденіе учитъ, что значительная доля воспоминаній исчезаетъ настолько, что не сразу отличишь, которое изъ многихъ похожихъ воспоминаній является правильнымъ, въ дальнѣйшемъ начинаетъ появляться столько возможностей, что выборъ затрудняется и правильная энграмма теряется въ массѣ другихъ. — Мы не знаемъ происходитъ ли при этомъ исчезновеніе тѣхъ энграммъ которыя рѣдко оживляются, на подобіе того какъ въ физикѣ исчезаетъ и прекращается разъ начавшееся измѣненіе (колебаніе останавливается, картина выцвѣтаетъ, русло, которое ручей себѣ проложилъ, выполняется водой, когда теченіе останавливается). Наблюденіе не даетъ намъ никакого основанія переносить эти повседневныя представленіи на область воспоминаній, наоборотъ, оно учитъ,

[1]) Я часто наблюдалъ, что вмѣсто способности что нибудь запомнить, при этомъ имѣютъ въ виду способность что нибудь замѣтить (по нѣмецки получается игра словъ: „etwas merken“ и „sich etwas merken“. Примѣч. переводчика).

[2]) Ranschburg, О взаимодѣйствіи одновременныхъ раздраженій. Zeitschr. f. Psychologie 67, 1913.

что разъ произведенная энграмма сохраняется до самаго разрушенія мозга (какъ и филогенетическая память), а патологія насъ убѣждаетъ даже, что время только упрочиваетъ энграммы, ибо при органическихъ заболѣваніяхъ мозга болѣе старыя энграммы обнаруживаютъ болѣе устойчивую способность къ экфоріи. Тѣмъ не менѣе, до Ranschburg'a, употреблялось исключительно представленіе выцвѣтанія, когда говорилось о забываніи, потерѣ привычки и т. п (Freud'овскій терминъ заторможенія воспоминаній остается въ силѣ и вообще ничего общаго не имѣетъ съ указанными механизмами Ranschburg'a.)

Бываютъ все таки факты, которые можно объяснить только измѣненіемъ энграммъ: комнаты, которыя мы видѣли въ дѣтствѣ, въ дальнѣйшей жизни кажутся намъ сверхъ ожиданія меньше, съ ростомъ мѣры (нашего тѣла) мы увеличивали и изображеніе этихъ комнатъ. Когда изучаешь показанія свидѣтелей на судѣ, удивляешься какъ люди въ самыхъ простыхъ дѣлахъ даютъ bona fide самыя противорѣчивыя показанія, тѣмъ болѣе, когда рѣчь идетъ о волнующихъ событіяхъ. Даже безъ особенныхъ поводовъ люди дѣлаютъ большія ошибки въ этомъ смыслѣ. Эксперименты съ показаніями свидѣтелей, произведенные, главнымъ образомъ, школой Stern'a[1], научили насъ многому, чего мы не ожидали. При сколько нибудь внимательномъ самонаблюденіи можно обнаружить постоянныя искаженія, которыя вводятся въ сознаніе воспоминаніями не только неполными, но и вообще измѣненными (изображеніе не очень знакомаго лица, сада, мѣстности рисуется въ памяти совсѣмъ не похоже на дѣйствительность и вообще съ теченіемъ времени теряетъ остроту и точность).

Во всѣхъ этихъ случаяхъ, однако, первоначальная энграмма продолжаетъ существовать на ряду съ новой видоизмѣненной: мы часто впослѣдствіи исправляемъ ошибку, либо благодаря напряженію мысли, либо благодаря тому, что правильное воспоминаніе непроизвольно всплываетъ по какому нибудь поводу. Часто удается доказать одновременное существованіе (въ болѣзни) обоихъ представленій, истиннаго и ложнаго.

Указанныя явленія учатъ, что при ложныхъ воспоминаніяхъ мы имѣемъ дѣло не съ однимъ только измѣненіемъ энграммы, но со сложнымъ процессомъ, аналогичнымъ созданію новыхъ представленій. Какая доля этого происходитъ безсознательно въ скрытомъ какъ будто состояніи энграммы и какая во время воспоминанія, мы не знаемъ.

Особенно сильны у здоровыхъ людей искаженія, соотвѣтствующія аффекту, желаніямъ индивидуума. Очень поучительно перечитывать свой дневникъ спустя годы. Часто не вѣришь глазамъ, что ты самъ это писалъ въ такой формѣ; когда присмотришься, видишь, что именно версія дневника намъ наиболѣе непріятна.

Экфорія энграммы можетъ совершаться сознательно или безсознательно. Существованіе безсознательныхъ воспоминаній — представленій можно только косвенно доказать, но заученныя способности, особенно двигательныя, легко протекаютъ безсознательно. Разъ научившись плавать, мы уже будемъ продѣлывать нужныя движенія, какъ только положеніе этого потребуетъ.

Наиболѣе часто упоминаются тѣ экфоріи, которыя представляютъ собою сознательныя воспоминанія. Они вызываются исключительно ассоціативнымъ путемъ: законы воспоминанія являются поэтому одновременно и законами ассоціацій. Воспоминаніе тѣмъ легче, чѣмъ болѣе заучена ассоціація, чѣмъ больше ассоціативныхъ

---

[1]) Stern, Beiträge zur Psychologie der Aussage. Barth, Leipzig, 1903 и др.

дорогъ ведутъ къ энграммѣ. Легко, слѣдовательно, вспоминается все, что имѣетъ много связей, что хорошо понято; нельзя повторить непонятный хаосъ, напр. разсказъ на незнакомомъ языкѣ; точно такъ же при обыкновенномъ сознательномъ ходѣ мыслей очень мало пригодны для воспоминанія безчисленныя энграммы, воспринятыя безсознательно, напр. всѣ незнакомыя лица, которыя мы видѣли во время прогулки.

Способность воспоминанія разстраивется очень легко. Разстраивающе дѣйствуетъ часто констелляція: если мы хотимъ вспомнить что нибудь очень обычное, но въ связи съ чѣмъ либо новымъ, это намъ не всегда удается. Особенно важны, однако, какъ мы увидимъ дальше, аффективные моменты, и тормозящіе, и содѣйствующіе. Переживанія, имѣющія пріятный чувственный тонъ, особенно легко вспоминаются. При непріятномъ тонѣ борются два противоположныхъ стремленія: одно, вообще присущее аффекту, стремится оживить воспоминаніе, другое стремится удалить все непріятное, въ томъ числѣ и нежелательное воспоминаніе.

Очень часто непріятныя событія вытѣсняются изъ памяти, особенно когда они унижаютъ нашу личность. Такимъ образомъ, когда уходятъ десятки лѣтъ, создается представленіе „добраго стараго времени". Важнѣе всего актуальные аффекты: они вызываютъ воспоминанія, какъ разъ имъ соотвѣтствующія. Особую разновидность памяти составляетъ узнаваніе. Когда мы что ннбудь видимъ или слышимъ много разъ, мы обыкновенно узнаемъ это. Мы говоримъ, что повторное ощущеніе пріобрѣтаетъ „качество знакомства", но не можемъ его точнѣе описать. Важнѣе знать, что узнаваніе гораздо легче, нежели произвольное воспоминаніе. Можно, напр., не вспомнить восточнаго перевода имени Александръ, и тѣмъ не менѣе сразу узнать имя Искандеръ, встрѣтивъ его среди другихъ. Не всякій можетъ ясно представить себѣ чужое лицо, но увидѣвъ его, онъ его сразу узнаетъ.

f) Оріентировка.

Воспріятія настоящаго и прошлаго соединяются и образуютъ оріентировку въ мѣстѣ и времени, и такимъ образомъ мы всегда болѣе или менѣе сознательно считаемся съ тѣмъ, что въ опредѣленное время мы находимся въ опредѣленномъ мѣстѣ и связываемъ свое воспоминаніе съ этой датой. Понятно, что оріентировка зависитъ отъ памяти (безъ нея оріентировка невозможна), отъ воспріятій (галлюцинаціи переносятъ насъ въ другое пространство) и отъ вниманія (когда ѣдешь или идешь погруженный въ мысли или увлеченный разговоромъ, можно вдругъ оказаться совсѣмъ не тамъ, гдѣ думалъ), однако патологія показала, что существуетъ самостоятельная функція оріентировки, разстройство которой можетъ быть не пропорціонально разстройствамъ другихъ функцій.[1]) Все таки неправильности оріентировки безъ разстройства остальныхъ функцій не встрѣчаются.

---

[1]) Такъ, послѣ бѣлой горячки можетъ нѣсколько дней еще оставаться разстройство оріентировки, въ то время какъ другія функціи уже почти пришли въ норму.

Оріентировка въ пространствѣ постоянно находится подъ контролемъ глазъ, и поэтому она естественно вѣрнѣе, чѣмъ оріентировка во времени, требующая точной регистраціи со стороны памяти и имѣющая только линейное измѣреніе.

Нѣчто совершенно другое представляетъ оріентировка въ положеніи (ситуаціи), которая указываетъ намъ, почему именно мы находимся въ данномъ мѣстѣ, въ какомъ мы отношеніи къ другимъ людямъ и т. п. Поскольку она основана на пониманіи сложныхъ соотношеній, она является функціей сужденія.[1]

g) Аффективность.

Въ каждомъ психизмѣ можно выдѣлить двѣ стороны: интеллектуальную и аффективную. Послѣднюю иногда не замѣчаютъ, однако она всегда имѣется на лицо, что можно легко доказать сравненіемъ. Большинство людей, напр., сразу можетъ сказать, что имъ больше нравится: ромбъ или квадратъ; очевидно, уже при взглядѣ на такую простую фигуру у нихъ проявляется чувство удовольствія или неудовольствія.

Подъ названіемъ „аффективность" мы понимаемъ аффекты, эмоціи, чувство удовольствія и неудовольствія. Выраженіе „чувство", которымъ иногда обозначаютъ всю группу явленій, даетъ поводъ къ недоразумѣніямъ, такъ какъ оно часто употребляется для обозначенія ощущеній низшихъ качествъ (чувство тепла, чувство тѣла, чувствующая сфера Munk'а), неопредѣленныхъ воспріятій (я чувствую, что кто-то приближается), результатовъ, полученныхъ изъ безсознательныхъ выводовъ (діагнозъ на основаніи чувства) и наконецъ употребляется также для названія сложныхъ познавательныхъ процессовъ, элементы которыхъ для насъ еще не ясны (я чувствую, что это мнѣ знакомо). Выраженія „аффекты", „эмоціи" слишкомъ узки, они не включаютъ простыхъ чувствъ удовольствія и неудовольствія.

Кромѣ психическихъ явленій, къ аффективности относятся и тѣлесныя, которыя считаются то симптомомъ, то слѣдствіемъ психическихъ явленій.

Аффективность вліяетъ на мимику (въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, т. е. включая интонацію рѣчи, осанку, мышечный тонусъ), сосудистую систему (покраснѣніе, поблѣднѣніе, сердцебіеніе), выдѣленія (слезы, слюна, кишечникъ), всю трофику тѣла.

Въ свою очередь аффективность сильно зависитъ отъ физическихъ вліяній (тоска при сердечныхъ страданіяхъ, депрессивная раздражительность при страданіяхъ желудка, эйфорія при чахоткѣ или отъ воздѣйствія алкоголя, аффективныя вліянія внутренней секреціи).

Въ области психики отмѣтимъ прежде всего не поддающіяся точному описанію субъективныя ощущенія удовольствія, неудовольствія, радости, горя, гнѣва и т. д.

Кромѣ того аффективность опредѣляетъ направленіе нашихъ дѣйствій. Мы стараемся доставить себѣ и сохранить удовольствіе т. е. пріятныя переживанія, неудовольствіе мы отклоняемъ отъ себя.

---

[1]) Относительно дѣленія оріентировки на ауто-, сомато- и аллопсихическую по Wernicke, см. о разстройствахъ оріентировки.

Если мы и соглашаемся на какую нибудь непріятность, то дѣлаемъ это для того, чтобы избавиться отъ еще большей, или для того, чтобы получить удовольствіе, которое насъ вознаградитъ за непріятность.

Аффективность опредѣляетъ наши поступки также черезъ посредство мышленія, ибо послѣднее зависитъ отъ аффективности въ гораздо большей степени, чѣмъ мы это обычно себѣ представляемъ, а именно:

1. Ассоціаціямъ, соотвѣтствующимъ актуальному аффекту, путь облегчается, другимъ же, особенно противорѣчащимъ, путь затрудняется (способность аффектовъ включать и выключать). Изъ этого вытекаетъ: a) мы принуждены заниматься предметами, на которыхъ имѣется аффективное удареніе (affektbetont), — подобныя переживанія, если они къ тому же актуальны, не возможно игнорировать, временами они прямо исключаютъ возможность думать о чемъ либо другомъ; b) невѣрная логика (эйфорикъ не въ состояніи учесть непріятные моменты, они ему просто въ голову не приходятъ, или во всякомъ случаѣ не используются для логическихъ операцій, свои собственные недостатки мы рѣдко замѣчаемъ).

2. Цѣнность и логическій удѣльный вѣсъ идеи, соотвѣтствующей аффекту, повышается, а безразличной или противорѣчащей понижается. Изъ этого въ свою очередь вытекаютъ: a) тенденція заниматься идеями, которыя кажутся намъ важными, b) дальнѣйшее искаженіе логическихъ операцій (боязливый переоцѣниваетъ опасности, и недооцѣниваетъ хорошіе моменты, поскольку онъ ихъ вообще замѣчаетъ. Ученый, честолюбіе котораго сильно связано съ предложенной имъ теоріей, находитъ для нея все новыя доказательства и не въ состояніи полностью оцѣнить дѣлаемыя ему возраженія).

Вліяніе аффектовъ проявляется по разному (особенно это замѣтно въ психопатологіи) въ зависимости отъ того, вызываются ли они общимъ настроеніемъ (эйфорія, грусть, тоска и т. д.) или отдѣльной аффективно окрашенной идеей (можно находиться въ обычномъ или любомъ другомъ настроеніи и носить въ себѣ — сознательно или нѣтъ, это безразлично — комплексъ идей, полный тоски, радости или досады). Въ этомъ случаѣ аффектъ воздѣйствуетъ не на всѣ ассоціаціи, а лишь на тѣ, которыя такъ или иначе затрагиваютъ „комплексъ“.[1] Можно вообще правильно все оцѣнивать и въ то же время односторонне судить о человѣкѣ, который насъ огорчилъ, а тѣмъ болѣе о любимомъ человѣкѣ. Всѣ комплексы обычно имѣютъ тенденцію вплетать въ себя всѣ другія переживанія (онанистъ думаетъ, что всѣмъ виденъ его порокъ) и такимъ образомъ приводятъ и больныхъ и здоровыхъ къ ложной оцѣнкѣ своихъ отношеній къ людямъ. Если данная идея тяжело переносится, то весь комплексъ можетъ болѣе или менѣе отколоться отъ сознанія, погрузиться въ сферу безсознательнаго, не теряя все таки своего вліянія на психику. Такого рода вліянія аффективно окрашеннаго комплекса называютъ по Hans W. Maier *кататимическими*. Вліяніе аффективности на мысли и поступки усиливается ея *тенденціей къ расширенію*. Аффекты тянутся дольше и даже

---

[1]) См. слѣд страницу.

значительно дольше, нежели умственные процессы, лежащіе въ ихъ основѣ; они (аффекты) иррадіируютъ легко на тѣ области, которыя имѣютъ какую либо связь съ аффективнымъ переживаніемъ: мы любимъ мѣсто, гдѣ у насъ было красивое переживаніе, и ненавидимъ ни въ чемъ неповиннаго человѣка, доставившаго намъ дурное извѣстіе; любовь можетъ переноситься съ первоначальнаго объекта на другой, представляющій какую либо аналогію, или на вещь, письмо и т. д. Уже въ нормѣ можетъ случиться, что переместившійся такимъ образомъ аффектъ отрывается отъ своей первоначальной идеи, которая становится безразличной, а вторичная идея является носительницей непринадлежащаго ей аффекта (передвиженіе аффекта).

Если аффектъ носитъ длительный характеръ, т. е. если онъ въ теченіе нѣкотораго времени всецѣло владѣетъ человѣкомъ со всѣми его переживаніями, мы называемъ это настроеніемъ. Возникновеніе длительныхъ настроеній облегчается тенденціей аффекта, разъ появившагося, не уходить и переноситься на другія переживанія, а также его вліяніемъ на мышленіе. Однако, длительныя настроенія могутъ зависѣть и отъ физическихъ причинъ (алкогольная эйфорія, манія, меланхолія и т. п.).

Положительные аффекты (удовольствіе) ускоряютъ ходъ идей, отрицательные замедляютъ. Ускореніе иногда мѣняетъ содержаніе мышленія, дѣлаетъ его поверхностнымъ; при высокихъ степеняхъ замедленія мысль вообще не доводится до цѣли..

Аффекты обладаютъ большой ассоціирующей силой. Непріятный аффектъ охотно экфорируетъ аналогичные аффекты изъ прошлаго; событіе само по себѣ незначительное, можетъ возымѣть большое вліяніе, благодаря появленію въ памяти аффектовъ, связанныхъ съ прежними ситуаціями, качественно похожими, но имѣющими болѣе сильное аффективное удареніе (при этомъ прежнія переживанія могли быть и безсознательными). Въ другихъ случаяхъ сначала вспоминаются событія, а тѣ уже вторично усиливаютъ и видоизмѣняютъ первоначальный аффектъ. Эти свойства имѣютъ большое значеніе для патологіи неврозовъ.

Тормозя все, что къ нимъ прямо не относится, аффекты дѣйствуютъ суживающимъ образомъ на окрашенные ими комплексы идей. Въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ эти комплексы образуютъ нѣчто цѣльное: между ними и остальной психикой устанавливается не только ассоціативная готовность для идей одинаковой оцѣнки, но и извѣстная ассоціативная враждебность по отношенію ко всему, что къ нимъ не относится. Эти комплексы поэтому мало подвергаются воздѣйствію новыхъ впечатлѣній и малодоступны критикѣ. Если же они имѣютъ непріятный чувственный тонъ, они легко вытѣсняются въ область безсознательнаго.

Если такой пучекъ представленій, спаянныхъ аффектомъ, производитъ длительное вліяніе на психику, мы его называемъ для краткости „комплексъ". Напр., можетъ образоваться комплексъ по отношенію къ лицу, разочаровавшему насъ, и тогда все касающееся его будетъ отягощено непріятнымъ чувствомъ и будетъ, кромѣ того, участвовать въ процессѣ ассоціативной готов-

ности или вытѣсненія, вызываемомъ представленіемъ объ этомъ лицѣ. Воспоминаніе о мѣстѣ, гдѣ оно живетъ, вызываетъ досаду; отдаленныя представленія, которыя обычно никогда бы не ассоціировались съ этимъ лицомъ, напоминаютъ намъ его; иногда, наоборотъ, весь комплексъ забывается, вытѣсняется, такъ что напр. намъ трудно вспомнить даже имена друзей этого лица. Большинство комплексовъ связано съ инстинктами, многіе налагаютъ печать на все поведеніе человѣка. Особенно важны: чувство неподготовленности на какомъ либо поприщѣ (комплексъ (инсуфиціенціи) недостаточности), способствующее формировкѣ невроза, затѣмъ такъ называемыя двойственныя (ambivalent) чувства. Подобные комплексы могутъ пріобрѣсти своего рода самостоятельность; такъ напр. одни голоса представляютъ „его высочество", мѣсто котораго больной охотно бы занялъ, другіе изображаютъ слабость, мѣшающую больному достигнуть цѣли.[1])

Умственный процессъ, воспріятіе, поступокъ въ отвѣтъ на какое нибудь раздраженіе, мысль — все это въ извѣстномъ смыслѣ представляетъ собою частичную функцію, мы можемъ думать, что въ этомъ участвуетъ только часть психическаго органа. Въ противоположность этому аффективные процессы носятъ болѣе общій характеръ, они извѣстнымъ образомъ настраиваютъ всю психическую дѣятельность, что сказывается въ стремленіи всѣхъ ассоціацій къ единой цѣли, общемъ облегченіи или заторможеніи всѣхъ вообще психическихъ процессовъ, измѣненіи кровеснабженія мозга и т. п. Умственный и аффективный процессъ представляютъ собою два взаимосвязанныхъ параллельныхъ явленія, мѣстную и общую сторону одного и того же психизма. Несмотря на это, они въ дальнѣйшемъ могутъ разобщиться такъ что каждый процессъ въ отдѣльности протекаетъ самъ по себѣ или же соединяется съ другими процессами второго ряда. Иррадіація связываетъ аффектъ съ представленіями, къ которымъ онъ раньше не имѣлъ отношенія, оставляя ненарушенной связь съ первоначальнымъ представленіемъ. Однако аффектъ можетъ и оторваться отъ него. Мы можемъ себѣ ясно представить смерть любимаго человѣка — когда она еще актуальна или позже въ воспоминаніяхъ — и не пережить соотвѣтствующаго аффекта. Съ другой стороны, мы можемъ связать чувство горя съ какимъ нибудь безразличнымъ, постороннимъ представленіемъ, напр. съ воспріятіемъ мѣста, гдѣ мы послѣдній разъ видѣли покойнаго, съ пѣсней. Часто не знаешь, чему приписать данный аффектъ (процессъ передвиженія). Аффектъ можетъ оторваться отъ своего представленія и не связаться ни съ какимъ другимъ; существуетъ, напр., свободно болтающаяся тоска, которая раньше была связана съ какимъ нибудь представленіемъ, впослѣдствіи вытѣсненнымъ въ область безсознательнаго: чувство безотчетной тоски. Ее трудно отличить отъ тоски, обусловленной тѣлесными причинами, напр. разстройствами кровообращенія или меланхоліей. Въ обоихъ случаяхъ тоска можетъ вторично присоединиться къ какой нибудь идеѣ, которая сама по себѣ ничего тоскливаго въ себѣ не содержитъ.

[1]) Ср. классическое авто-изображеніе Staudenmaier'a. Магія, какъ экспериментальная естественная наука. Leipzig 1912.

Аффекты яснѣе всего показываетъ намъ, что считаться нужно съ психикой, какъ съ единымъ цѣлымъ, что мы только искусственно выдѣляемъ отдѣльныя явленія — идеи, понятія, аффекты. Пища можетъ показаться очень вкусной голодному и не понравиться сытому; музыка, пріятная сама по себѣ, становится противной, если она не соотвѣтствуетъ настроенію слушателя, или мѣшаетъ ему какъ нибудь, или если онъ очень чувствителенъ или страдаетъ меланхоліей. Пощечина, полученная отъ душевнобольного, не вызываетъ въ насъ никакого аффекта, при другихъ обстоятельствахъ она можетъ насъ довести до ярости или до отчаянія. Если мы присмотримся ближе, мы должны будемъ это обобщить и сказать, что мы, собственно говоря, никогда не реагируемъ опредѣленнымъ аффектомъ на одно переживаніе, или одно представленіе; аффектъ всегда связанъ со всѣмъ комплексомъ функцій, составляющихъ актуальную психику.

Присущая аффекту тенденція проявиться въ дѣйствіи часто подавляется извнѣ или извнутри, на время или длительно: нельзя тутъ же все сдѣлать, что хотѣлось бы. Въ такомъ случаѣ, мы наблюдаемъ аналогичныя явленія, какъ при рефлексѣ, который не былъ выполненъ потому ли, что мы его произвольно подавили, или физически не могли выполнить (лягушка при экспериментѣ не можетъ стереть съ ноги кислоту, если другая нога привязана), или раздраженіе было слишкомъ слабо, или слишкомъ коротко. Мы имѣемъ въ виду слѣдующее: тенденція къ дѣйствію становится все сильнѣе и сильнѣе и наконецъ на подобіе взрыва сноситъ всѣ препятствія. Въ такихъ случаяхъ мы говоримъ про напряженіе, разрѣшеніе и отреагированіе аффекта. Послѣднее можетъ выразиться не только въ совершеніи желаемаго поступка, но и въ томъ, что мы даемъ волю мимическому проявленію аффекта, визжимъ, плачемъ, ломаемъ какой нибудь ни въ чемъ неповинный предметъ и т. д. Въ такихъ случаяхъ аффектъ уподобляется извѣстному количеству энергіи, которое переводится въ дѣйствіе и такимъ образомъ разряжается.

Аффекты, которые нельзя отреагировать, которые приходится „проглатывать", могутъ у многихъ людей, и не доходя до сознанія, неопредѣленно долго воздѣйствовать на психику. О томъ, чтобы они не доходили до сознанія, заботится механизмъ вытѣсненія. Мы имѣемъ тенденцію отдалять отъ себя все непріятное, а непріятны для насъ также непріятные аффекты и идеи, съ которыми они связаны. Такимъ образомъ, при отрицательныхъ аффектахъ создается тенденція (въ противовѣсъ обычной тенденціи аффекта проявлять себя) игнорировать, не допустить до сознанія аффектъ и связанныя съ нимъ переживанія. Недопущенные такимъ образомъ аффекты могутъ все таки проявить себя въ мимикѣ, дѣйствіяхъ и особенно въ болѣзненныхъ симптомахъ.

Въ чемъ собственно состоитъ напряженіе и отреагированіе мы не знаемъ, однако факты, лежащіе въ основѣ этихъ представленій, не подлежатъ сомнѣнію. Конечно, аффекты, не допущенные до сознанія и сохранившіе дѣйственную силу, составляютъ меншинство въ сравненіи съ тѣми, которые просто исчезаютъ, однако въ патологіи именно первые играютъ большую роль.

Аффективность у разныхъ людей бываетъ разная, и даже у одного и того же человѣка она бываетъ различна въ зависимости отъ возраста. Всякій нормальный человѣкъ долженъ называть кошку кошкой и вообще подчиняться всѣмъ законамъ логики, если хочетъ ладить съ людьми и съ внѣшнимъ міромъ, но онъ можетъ себѣ позволить или любить кошку, или считать ее отвратительнымъ животнымъ; способъ реакціи индивидуума, выражающійся главнымъ образомъ въ аффективности, не связанъ такими узкими нормами, какъ логика. Такимъ образомъ, можно напримѣръ спорить, считать ли болѣзненнымъ или нѣтъ изолированное отсутствіе чувства моральныхъ понятій.

Характеръ человѣка опредѣляется почти исключительно аффективностью. Живыя легко мѣняющіяся чувства даютъ сангвиника, постоянныя и глубокія — флегматика; у кого понятія добра и зла не окрашены удовольствіемъ и неудовольствіемъ или имѣютъ болѣе слабое аффективное удареніе, чѣмъ эгоистическія представленія, у того „плохой характеръ". Кромѣ качества реакціи имѣетъ значеніе еще скорость и сила аффектовъ, а вмѣстѣ съ ними и влеченій. Ревность, зависть, тщеславіе — въ одно и то же время свойства характера и аффекты; лѣность, энергія, постоянство, небрежность — происходятъ отъ аффективности.

Послѣ всего вышесказаннаго, роль аффективности въ нашей психикѣ можно считать выясненной. Она опредѣляетъ направленіе и силу дѣйствія; посредствомъ своей длительности и иррадіаціи, а также вліяніемъ на логическія функціи она добивается того, чтобы дѣйствіе было должнымъ образомъ подчеркнуто и обладало надлежащимъ единствомъ. Она регулируетъ спеціально общеніе съ другими людьми, причемъ важно, что мы инстинктивно отмѣчаемъ тончайшія колебанія аффекта у людей и отвѣчаемъ на нихъ такъ же инстинктивно.

Все окрашенное въ тонъ удовольствія является желательнымъ, въ общихъ чертахъ это совпадаетъ съ пользой рода или вида; обратное можно сказать про неудовольствіе. Исключеніе составляютъ переживанія, болѣе рѣдкія и потому не угрожающія роду, или явленія, къ которымъ раса не успѣла приспособиться (полезное питье невкусно, алкоголь пріятенъ).

Непомѣрные аффекты (застыть отъ страха, слѣпая ярость) могутъ конечно повредить. По сравненію съ повседневными явленіями, когда напр. легкій страхъ или несильный гнѣвъ побуждаетъ насъ преодолѣвать препятствія, эти вредные аффекты являются рѣдкими исключеніями, не подвергающими опасности существованіе рода.

Особенное положеніе занимаетъ тѣлесная боль. Она сопутствуетъ разрушительнымъ процессамъ въ тѣлѣ и локализируется, какъ тѣлесное ощущеніе. Однако кромѣ того, она представляетъ собою чувство или аффектъ и имѣетъ такое же значеніе: она притягиваетъ вниманіе къ поврежденіямъ тѣла и къ энергичной оборонѣ. И другія „первобытныя" (Monakow) чувства, напр. голодъ не поддаются точному опредѣленію.

h) Вниманіе.

Вниманіе есть проявленіе аффективности. Сущность его заключается въ томъ, что для опредѣленныхъ ощущеній и идей, воз-

будившихъ нашъ интересъ, путь очищается (облегчается), для всѣхъ же другихъ тормозится. Если мы заняты важнымъ экспериментомъ, мы замѣчаемъ только то, что къ нему непосредственно относится, все остальное проходитъ безслѣдно для нашихъ чувствъ. Если мы хотимъ сосредоточить вниманіе на какой либо темѣ, мы привлекаемъ всѣ относящіяся сюда ассоціаціи и выключаемъ всѣ другія. Наблюденіе и мысли, которымъ въ данный моментъ посвящено наше вниманіе, отличаются большей ясностью; это и служитъ выраженіемъ того факта, что все относящееся къ нимъ замѣчается и мыслится, а все неотносящееся начисто отбрасывается. Итакъ, въ процессѣ вниманія „интересъ" такъ же, какъ въ другихъ случаяхъ аффектъ, тормозитъ и облегчаетъ ассоціаціи. Чѣмъ въ большей степени это удается, тѣмъ сильнѣе интенсивность, концентрація; чѣмъ больше привлекается полезныхъ ассоціацій, тѣмъ больше объемъ вниманія.

Мы различаемъ кромѣ того: упорство и живость вниманія, оба эти понятія большею частью, однако не всегда, являются антагонистами. Упорствомъ мы называемъ способность длительно направить вниманіе на одинъ предметъ, живостью наоборотъ способность обратить вниманіе на новый предметъ (особенно на раздраженіе, приходящее извнѣ).

Не нужно смѣшивать также максимальное и обычное вниманіе. Многіе люди обычно мало обращаютъ вниманіе на окружающее, не оріентируются на новомъ мѣстѣ и т. д. Однако, въ случаѣ надобности они довольно легко и недурно могутъ максимально напрячь свое вниманіе.

Когда вниманіе руководится волей, мы его называемъ активнымъ, если же оно привлечено внѣшними явленіями, мы его считаемъ пассивнымъ. Максимальное вниманіе всегда активно, обычное можетъ быть и активнымъ и пассивнымъ; оно главнымъ образомъ участвуетъ въ регистраціи повседневныхъ явленій въ окружающей средѣ.

Успѣхъ вниманія зависитъ, конечно, не отъ одного аффекта, а отъ общаго расположенія психики. Нѣкоторыя не поддающіяся болѣе точному описанію натуры неспособны къ сильной концентраціи вниманія, несмотря на достаточно, казалось бы, сильные и стойкіе аффекты. Утомленіе, дѣйствіе алкоголя, нѣкоторыя патологическія состоянія мѣшаютъ концентраціи и упорству вниманія. Объемъ естественно зависитъ отъ общей ассоціативной способности, онъ поэтому меньше у неинтеллигентныхъ людей.

Противоположностью вниманія является разсѣянность, она обнаруживается въ двухъ формахъ: мы считаемъ ученика разсѣяннымъ, если вслѣдствіе недостаточнаго упорства вниманія при излишней живости его онъ отвлекается малѣйшимъ шумомъ; съ другой стороны разсѣяннаго ученаго характеризуетъ излишнее упорство при недостаточной живости. Третья форма разсѣянности, которая въ высокихъ степеняхъ уже болѣзненна, основана на недостаточномъ умѣніи сосредоточить вниманіе; въ основѣ этого могутъ лежать аффективныя причины (неврастенія), разстройство ассоціацій (шизофреніи, извѣстныя бредовыя состоянія), или болѣе сложные процессы у то-

мленіе). Случайная разсѣянность обычно является слѣдствіемъ опредѣленной ситуацій. Само собою понятно, что аффектъ не позволяетъ направить вниманіе на посторонній предметъ (ученикъ, которому предстоитъ путешествіе и который въ то же время долженъ рѣшать задачи). Однако аффектъ страха можетъ пойти дальше и разстроить даже адэкватное сужденіе: въ критическій моментъ вниманіе можетъ совсѣмъ перестать работать, исчезаетъ способность концентраціи, часто и упорство вниманія, не удается сосредоточиться на одной мысли; даже полетъ мухи можетъ отвлечь вниманіе, какъ это бываетъ со школьникомъ, несмотря на то, что онъ въ волненіи и страхѣ старается къ сроку приготовить урокъ. Часто бываетъ и такъ, что одно единственное представленіе овладѣваетъ человѣкомъ всецѣло, упорство вниманія оказывается слишкомъ большимъ.

Процессъ, аналогичный вниманію, безсознательная длительная своего рода установка вниманія въ опредѣленномъ направленіи, носитъ названіе ассоціативной готовности.

Когда мы аффективно заняты чѣмъ либо, тогда самыя различныя переживанія будутъ намъ объ этомъ напоминать; всевозможныя идеи ассоціативно связываются съ этой занимающей насъ идеей, хотя бы мы и не думали о ней въ настоящій моментъ. Кто боится ареста, пугается всякаго человѣка, отдаленно напоминающаго собою сыщика и т. п. Ассоціативную готовность можно подобно вниманію направить намѣренно на опредѣленный предметъ: я ищу чего то въ книгѣ, но интересуюсь и другими вещами, изложенными въ ней, и начинаю читать совсѣмъ не то, что раньше хотѣлъ. Но стоитъ мнѣ попасть на то мѣсто, на которое я раньше „установилъ" свое вниманіе или даже на что нибудь похожее, и я сейчасъ же это ассоціирую съ моимъ первоначальнымъ намѣреніемъ.

Ассоціативная готовность можетъ создаться и путемъ привычки, хотя это тогда будетъ не совсѣмъ то: кто много правитъ корректуръ, того опечатки преслѣдуютъ при всякомъ чтеніи.

Даже у здороваго ассоціативная готовность можетъ повести къ ошибкамъ, оченъ похожимъ на бредовыя идеи; такъ у кого совѣсть не чиста, тому все кажется, что за нимъ слѣдятъ.

Существуетъ также и отрицательная „установка" вниманія, играющая большую роль въ патологіи. Иногда мы не хотимъ — большею частью безсознательно — принимать во вниманіе нѣкоторыя вещи, или считаться съ ними при размышленіи; такимъ образомъ и по отношенію къ вниманію проявляется такъ наз. ассоціативная враждебность.

i) Внушеніе. [1]

Не только индивидуумъ съ его различными стремленіями, но еще больше совокупность индивидуумовъ требуетъ единства въ дѣйствіяхъ. Между тѣмъ животныя, даже тѣ, что живутъ обществами, не въ состояніи передавать другъ другу сообщенія интеллектуальнаго содержанія. Главнымъ образомъ, они должны давать указанія о приближеніи

[1] Forel, Der Hypnotismus. 6. изд. 1911, Stuttgart, Enke. — Moll, Der Hypnotismus. 4. Aufl. Berlin, Fischer, 1907.

добычи или опасности; наблюденіе показываетъ, что они это дѣлаютъ преимущественно путемъ аффективнымъ проявленій, которыя вызываютъ у другихъ такіе же аффекты. То направленіе, въ которомъ первое охваченное аффектомъ животное произвело нападеніе или пустилось въ бѣгство, указываетъ другимъ животнымъ направленіе, въ которомъ находится добыча или опасность. Для большинства случаевъ этого достаточно.

Эта аффективная внушаемость сохранилась вполнѣ у человѣка, несмотря на то, что рѣчь больше приспособлена къ интеллектуальнымъ потребностямъ. Даже грудной младенецъ реагируетъ соотвѣтственно на проявленія аффекта у другихъ; взрослый теряетъ свое веселое настроеніе въ грустномъ обществѣ: не представленіе, лежащее въ основѣ грусти, дѣйствуетъ на него, а воспринятыя проявленія аффекта. Вмѣстѣ съ аффектомъ внушаются и идеи, къ которымъ онъ относится; это вытекаетъ изъ тѣсной связи между ними изъ воздѣйствія аффекта, на логику, не говоря уже о томъ, что для успѣшности описываемаго приспособленія животнаго организма важно, чтобы передавались и идеи. Идеи безъ сопутсвующаго аффекта не производятъ внушенія; „чѣмъ больше чувства въ идеѣ, тѣмъ она заразительнѣе".[1]) При сознательномъ внушеніи мы вмѣсто единаго аффекта имѣемъ дѣло съ двумя: производящій внушеніе испытываетъ аффектъ господства, подвергающійся внушенію — аффектъ подчиненія. Такія же или похожія аффективныя взаимоотношенія мы наблюдаемъ и при естественномъ внушеніи даже у животныхъ: у двухъ враговъ страхъ одного поднимаетъ духъ другого и наоборотъ. Внущить можно не только мысли, но и воспріятія (внушенныя галлюцинаціи) и всѣ контролируемыя мозгомъ т. е. аффектами функціи (гладкая мускулатура, сердце, железы и т. д.): вліяніе внущенія слѣдовательно простирается дальше, чѣмъ вліяніе сознательной воли, но оно совпадаетъ съ предѣломъ вліянія аффектовъ.

Однако и у человѣка единичное внушеніе не играетъ большой роли въ обычной жизни; безконечно важнѣе массовое внушеніе, вліянію котораго не могутъ противостоять и очень умные люди. Управленіе массами въ политическихъ и религіозныхъ движеніяхъ совершается съ помощью внушенія, а не путемъ логическаго убѣжденія, часто даже наперекоръ логикѣ.

Цѣлый народъ часто теряетъ способность критики и легко поддается внушенію, отвѣчающему его инстинктамъ, его стремленію къ самосохраненію, величію, могуществу, почету.

Вообще психологія массъ имѣетъ совершенно другіе законы, нежели психологія единицъ. Мораль ея другая, болѣе примитивная; логика у нея играетъ въ лучшемъ случаѣ второстепенную роль; разсужденія, руководящія мысли и великія творческія идеи создаются больше аутистическимъ мышленіемъ. Чѣмъ общество обширнѣе, тѣмъ больше имъ руководятъ темные инстинкты: никто въ отдѣльности не отдаетъ себѣ въ нихъ отчета, у большинства они

---

[1]) Однако иногда совершенно безразличное замѣчаніе задѣваетъ у объекта внушенія аффективно окрашенный комплексъ, такимъ образомъ аффектъ имѣется на лицо только у объекта внушенія: неизлѣчимо больной слышитъ о чудесномъ излѣченіи; хотя ему объ этомъ говорятъ въ равнодушномъ или презрительномъ тонѣ, онъ однако воодушевляется и рѣшаетъ испытать на себѣ этотъ методъ лѣченія.

даже не доходятъ до сознанія, да и объективно ихъ трудно осмыслить; скорѣе эти инстинкты подобны стремленіямъ животныхъ и растительныхъ организмовъ къ развитію или напоминаютъ внезапныя переселенія животныхъ и очень мало походятъ на планомѣрныя дѣйствія. Всѣ индивидуумы, принадлежащіе къ одной расѣ или къ одному времени имѣютъ тѣ же стремленія, вырывающіяся съ непреодолимой силой и холоднымъ упорствомъ наружу изъ нѣдръ „коллективнаго безсознательнаго міра", часть котораго составляетъ общеизвѣстный „духъ времени".

Внушеніе въ жизни общества играетъ такую же роль, какъ аффектъ для отдѣльной личности: оно заботится о единствѣ стремленія, о его силѣ и выдержкѣ.

Дѣйствіе, подобное дѣйствію внушенія, оказываетъ простая п р и в ы ч к а, такъ же какъ и п р и м ѣ р ъ. Дѣлаешь то, къ чему привыкъ, не долго думая, поступаешь, какъ всѣ, не размышляя и не чувствуя ничего; способствуетъ этому внушеніе, особенно массовое. Привычка, хотя и съ другой точки зрѣнія, проявляется и въ видѣ Павловскихъ ассоціаціонныхъ (условныхъ) рефлексовъ, когда, напр., можно добиться выдѣленія слюны при звукѣ опредѣленнаго тона, послѣ того какъ звукъ этого тона нѣсколько разъ совпадалъ по времени съ обильной пищей. Теоретически нужно эти механизмы строго отдѣлять отъ внушенія, въ дѣйствительности же они часто смѣшиваются.

Существуетъ и терминъ с а м о в н у ш е н і е; имъ обозначаютъ въ сущности только дѣйствіе аффективности на собственную логику и тѣлесныя функціи. Въ патологіи это явленіе играетъ большую роль.

Внушаемость искусственно повышается при гипнотическихъ состояніяхъ, которыя въ свою очередь вызываются внушеніемъ. Въ гипнозѣ ассоціаціи ограничены въ томъ смыслѣ, что воспринимается и мыслится — поскольку это понятно объекту опыта — только то, что соотвѣтствуетъ желанію лица, производящаго внушенія (суггесторъ). Зато въ гипнозѣ человѣкъ лучше обычнаго владѣетъ произвольными ассоціаціями. Загипнотизированный безконечно лучше нормальнаго отгадываетъ, что отъ него требуется; онъ можетъ использовать ощущенія, которыя для обычнаго его состоянія слишкомъ слабы, онъ необыкновенно интенсивно — до галлюцинаціи — можетъ представлять себѣ однѣ вещи, и можетъ совсѣмъ недопустить въ психику другія („отрицательныя галлюцинаціи"); онъ располагаетъ воспоминаніями, существованія которыхъ онъ въ обычномъ состояніи не подозрѣвалъ, онъ замѣчательнымъ образомъ владѣетъ и растительными функціями (дѣятельность сердца, вазомоторовъ, кишечника). Всѣ эти явленія могутъ существовать неопредѣленно долгое время и по прекращеніи гипноза (послѣгипнотическое дѣйствіе).

Кромѣ положительной имѣется и о т р и ц а т е л ь н а я внушаемость. Хотя мы имѣемъ стремленіе подчиняться внушенію другихъ людей, однако мы имѣемъ столь же первичное стремленіе дѣлать наоборотъ или не подчиняться. У дѣтей въ извѣстномъ возрастѣ эта отрицательная внушаемость выступаетъ въ чистомъ видѣ. Вообще, она особенно ярко обнаруживается у людей, обладающихъ сильной положительной внушаемостью. Отчасти это объясняется тѣмъ, что обѣ эти внушаемости представляютъ собою двѣ стороны одного и того же качества; съ другой стороны, защита, которую представля-

етъ собою отрицательная внушаемость, тѣмъ болѣе необходима, чѣмъ больше опасность стать жертвой положительной внушаемости. Появленіе отрицательныхъ влеченій на ряду съ положительными имѣетъ большое значеніе: оно не даетъ намъ стать игрушкой въ рукахъ внушенія, ограждаетъ ребенка отъ чрезмѣрныхъ вліяній, заставляетъ взрослаго разсуждать и въ каждомъ возрастѣ дѣлаетъ возможнымъ самоопредѣленіе.

k) Аутистическое мышленіе.

Когда мы, какъ бы играя, даемъ волю своей фантазіи (въ миѳологіи, во снѣ, въ нѣкоторыхъ болѣзненныхъ состояніяхъ) мысль знать не желаетъ (или не можетъ) дѣйствительности; она преслѣдуетъ цѣль, поставленную инстинктомъ и аффектами. Характерно для этого „аутистическаго мышленія", что оно не обращаетъ вниманія на противорѣчія съ дѣйствительностью. Ребенокъ, а часто и взрослый мечтаетъ на яву и воображаетъ себя героемъ, изобрѣтателемъ, великимъ человѣкомъ; во снѣ можно видѣть исполненіе самыхъ невозможныхъ желаній самымъ причудливымъ образомъ; поденщикъ шизофреникъ въ галлюцинаторномъ переживаніи женится на принцессѣ. Миѳологическій пасхальный заяцъ кладетъ яйца, такъ какъ случайно и яйца и зайцы, какъ символы плодородія, посвящены одной и той же богинѣ Остарѣ, и этотъ общій признакъ ихъ объединяетъ. Параноикъ находитъ волоконце (Leinfaser) въ супѣ; ему ясно, что это намекъ на его отношеніе къ Fräulein Feuerlein (въ оригиналѣ въ обоихъ словахъ общій звукъ lein. Примѣч. переводчика). Дѣйствительность, находящаяся въ противорѣчіи съ такимъ мышленіемъ, не только игнорируется, но прямо активно отбрасывается, вообше больше не мыслится: вышеупомянутый поденщикъ въ качествѣ жениха принцессы уже больше не поденщикъ, онъ владыка міра или какой нибудь другой великій человѣкъ.

Въ болѣе разсудительныхъ формахъ аутистическаго мышленія, особенно въ мечтахъ на яву, дѣйствительныя соотношенія, только отчасти отбрасываются или перерабатываются, и только въ исключительныхъ случаяхъ образуются нелѣпыя сочетанія идей; тѣмъ вольнѣе зато распоряжаются матеріаломъ представленій сонъ, шизофренія, отчасти и миѳологія, гдѣ, напр., Богъ можетъ самъ себя родить. Тутъ аутизмъ доходитъ до полнаго растворенія самыхъ обыкновенныхъ понятій; Діана Эфесская не та же, что Діана Аѳинская; одного и того же Аполлона миѳологія представляетъ въ видѣ нѣсколькихъ божествъ; тутъ и благословляющее и умерщевляющее, и оплодотворяющее, и богъ-художникъ, онъ даже можетъ быть женщиной, хотя обыкновенно онъ мужчина. Интернированный въ больницѣ шизофреникъ требуетъ возмѣщенія убытковъ и назначаетъ сумму, которая въ золотѣ превышаетъ всю массу солнечной системы въ трилліонъ разъ; параноидная больная утверждаетъ, что она сама и есть свободная Швейцарія, ибо она свободна; она — журавль Ивика, ибо она безъ страха и упрека. Вообще, символы употребляются вмѣсто дѣйствительныхъ понятій, различныя понятія сводятся (сгущаются) въ одно (когда здоровымъ снятся разныя лица, они

большею частью бываютъ похожи на знакомыхъ; здоровая женщина, само того не замѣчая, называетъ ноги своего ребенка „заднія ноги“: она безсознательно сравнила его съ лягушкой).

Аутистическое мышленіе осуществляетъ наши желанія, но одновременно также и наши опасенія; играющаго ребенка оно дѣлаетъ генераломъ, дѣвочку съ куклой превращаетъ въ счастливую мать; въ религіи оно исполняетъ наше желаніе вѣчной жизни, справедливости, радости безъ горя; въ сказкѣ и поэзіи оно отражаетъ всѣ наши комплексы; во снѣ оно съ готовностью рисуетъ намъ наши самыя затаенныя мечты и страхи; больному оно создаетъ міръ реальностей, которыя для него реальнѣе, чѣмъ то, что мы называемъ дѣйствительностью; бредомъ величія оно можетъ больного осчастливить, а если его планы рушатся, оно снимаетъ съ него вину и взваливаетъ ее на внѣшнія преслѣдованія, оставляя въ сторонѣ его собственное неумѣніе.

При свѣтѣ реалистической логики результаты аутистическаго мышленія кажутся явной нелѣпицей, однако они имѣютъ цѣнность своеобразной истины, „психическую реальность“, какъ выраженіе или исполненіе нашихъ желаній, какъ источникъ утѣшенія, какъ символъ для любыхъ явленій.

Кромѣ аффективныхъ потребностей, аутистическое мышленіе отвѣчаетъ также и нашимъ интеллектуальнымъ желаніямъ, однако объ этомъ мы очень мало знаемъ; приведемъ примѣръ: миѳологія приписываетъ солнцу, движущемуся въ небѣ, ноги, или изображаетъ его ѣдущимъ въ колесницѣ. Въ извѣстномъ смыслѣ однако всѣ потребности аффективны, во всякомъ случаѣ аффективность играетъ большую роль, когда аутистическое мышленіе пытается разсказать намъ, какъ возникъ міръ и изъ чего все сдѣлано.

Аутистическое мышленіе, когда оно вполнѣ выражено, принципіально отличается отъ нашего опытнаго мышленія, въ дѣйствительности однако существуютъ всевозможныя переходныя формы, начиная съ незначительнаго отрыванія отъ пріобрѣтенныхъ ассоціацій (что необходимо при всякомъ выводѣ по аналогіи) и кончая необузданнымъ полетомъ фантазіи.

Собственно говоря, интеллектъ, ищущій новыхъ путей, долженъ въ извѣстномъ смыслѣ сбросить съ себя путы обычнаго мышленія: воображать себя въ новыхъ положеніяхъ, мечтать на яву и т. п. значитъ заниматься необходимой гимнастикой ума.

Содержаніемъ и цѣлью этой свободной работы мысли естественно являются стремленія, глубоко затрагивающія наше внутреннее существо. Само собою, поэтому, понятно, что аутистическія цѣли мы цѣнимъ гораздо выше, чѣмъ реальныя преимущества, потерю которыхъ можно компенсировать (см. ниже: „Вѣра“). Этимъ объясняется особенная дикость религіозныхъ войнъ, а также то, что суевѣрія примитивныхъ народовъ (напр. законы табу, или стремленіе не оставлять послѣ ѣды крошки, которыя могутъ послужить врагу для вреднаго колдовства) держатъ ихъ въ такихъ оковахъ, что намъ трудно понять, какъ они это переносятъ, и даже сравненіе съ китайскимъ и европейскимъ этикетомъ немного облегчаетъ намъ это пониманіе.

Интересно прослѣдить, что именно обусловливлетъ столь сильное расхожденіе мысли и дѣйствительности. 1. Мы мыслимъ аутистически вездѣ, гдѣ познаніе дѣйствительности неполно, а практическія потребности или стремленія къ знанію насъ все таки побуждаютъ къ дальнѣйшему мышленію (проблемы возникновенія и цѣли міра и человѣчества, проблема Божества, откуда появились на свѣтъ болѣзни и зло вообще, какъ ихъ избѣгнуть). Чѣмъ больше мы накопляемъ знаній о дѣйствительномъ соотношеніи вещей, тѣмъ менѣе мѣста мы

оставляемъ подобнымъ формамъ мышленія. Уже не миөологія, какъ прежде, а мышленіе, стоящее на почвѣ дѣйствительности, отвѣчаетъ намъ теперь на вопросы, какъ происходитъ зима и лѣто, какъ движется солнце въ небѣ, откуда берется молнія, и на тысячу другихъ вопросовъ. 2. Тамъ, гдѣ дѣйствительность тяжела и несносна, она часто вовсе выключается изъ мысли. Такимъ образомъ, возникаютъ бредовыя идеи, сноподбное исполненіе желаній въ сумеречномъ состояніи и невротическіе симптомы — все это символически представляетъ исполненіе желаній. 3. Когда различныя одновременныя представленія не сходятся въ единой точкѣ Я для логической операціи, тогда могутъ рядомъ уживаться величайшія противорѣчія, критика отсутствуетъ. Такія соотношенія имѣются на лицо въ безсознательномъ мышленіи, а можетъ быть и въ нѣкоторыхъ бредовыхъ состояніяхъ. 4. Въ ассоціативныхъ формахъ сна и шизофреніи взаимное сродство составныхъ частей опытнаго мышленія слабѣетъ; верхъ берутъ любыя другія ассоціаціи, вызванныя болѣе случайными сочетаніями (символы, звуки и т. д.), а больше аффектами и стремленіями.

l) Вѣра, миөологія, поэзія, философія.

Вѣра тѣсно связана и съ внушеніемъ, и съ аутистическимъ мышленіемъ. Слово „вѣра" имѣетъ двоякое значеніе: „считать что либо истиннымъ, не имѣя на это логическихъ доказательствъ" и „считать что либо вѣроятнымъ". Мы здѣсь имѣемъ въ виду только первое значеніе.

Великія формы вѣры въ религіи, политикѣ, сословныхъ взглядахъ, эстетикѣ и т. д. держатся почти исключительно на внушеніи. Ему одному вѣра обязана своимъ единствомъ въ формахъ и деталяхъ, а отчасти и своей движущей силой. Возникновеніе вѣры всегда подчиняется тѣмъ же законамъ, посредствомъ которыхъ аффективность управляетъ мыслями при аутистическомъ мышленіи. Отдѣльныя великія формы вѣры непосредственно удовлетворяютъ всеобщую аффективную потребность, онѣ поэтому такъ легко внушаются всѣмъ и поэтому ихъ сила до того велика, что именно эти идеи, не имѣющія цѣнности логической истины, покоряютъ большинство. Мы хотѣли бы знать, что послѣ смерти что то будетъ, хотѣли бы повліять на судьбу; точно такъ же beatus possidens хотѣлъ бы нравственно обосновать свое положеніе но отношеніе къ неимущимъ; больной хочетъ выздоровѣть и вѣритъ шарлатану.

Различаютъ вѣру и суевѣріе, въ послѣднемъ оченъ много магіи (оперированіе неизвѣстными силами), въ вѣрѣ больше религіи (отношеніе къ высшему существу); съ психологической точки зрѣнія между ними нѣтъ принципіальной разницы; главное различіе лежитъ въ оцѣнкѣ, для которой существуютъ разные масштабы.

Вѣра становится болѣзненной, когда она слишкомъ сильно овладѣваетъ психикой и слишкомъ противорѣчитъ логическимъ способностямъ и воззрѣніямъ даннаго индивидуума. Однако, на этомъ одномъ основаніи я бы не ставилъ діагноза, а сталъ бы искать другихъ данныхъ. — Предразсудкомъ мы называемъ (ошибочную) вѣру или суевѣріе, если ихъ содержаніе не относится къ религіи или къ судьбѣ (предразсудки народовъ въ теперешней войнѣ и предубѣжденія отдѣльныхъ личностей другъ противъ друга). Въ основѣ предразсудка можетъ сначала лежать опрометчивое сужденіе, но только аффективный источникъ путемъ внущеиія и аутистическаго мышленія придаетъ предразсудку всю его силу.

Аналогичныя потребности порождаютъ поэзію (съ миөологіей включительно), причемъ поэзія претендуетъ на истину, такъ же мало, какъ и мечты на яву здоровыхъ. Мало отъ поэзіи отличается и философія, поскольку она является чистой философіей (именемъ философіи обозиачаютъ и нѣкоторыя науки въ собственномъ смыслѣ слова, напр., выводъ логическихъ и эстетическихъ законовъ, теорія познанія и т. п.). Всѣмъ знакомы попытки объяснить оптимистическое и пессимистическое міросозерцаніе фнлософовъ ихъ характеромъ, это лучше всего доказываетъ субъективность философіи.

m) Личность, Я.

Большинство нашихъ психическихъ функцій обладаетъ непрерывностью: переживанія связаны между собою памятью, кромѣ того

они всѣ связаны съ особенно крѣпкимъ, постояннымъ комплексомъ представленій и воспоминаній, съ Я, съ личностью. Строго говоря, Я состоитъ изъ энграммъ всѣхъ нашихъ переживаній плюсъ актуальные психизмы. Подъ этимъ слѣдуетъ подразумѣвать нетолько нашъ пассивный опытъ, но и всѣ наши теперешнія и прошлыя желанія и стремленія, такъ что, собственно говоря, Я обнимаетъ все наше прошлое въ очень сокращенномъ видѣ. Не всѣ однако его составныя части равноцѣнны, большинство въ каждый данный моментъ находится на заднемъ планѣ или въ состояніи полнаго бездѣйствія (т. е. не экфорированы), остальныя обычно или всегда на лицо. Какъ Я составляется изъ отдѣльныхъ воспоминаній, можно уяснить себѣ на примѣрѣ публики опредѣльнаго локала, отдѣльные посѣтители могутъ какъ угодно мѣняться, одни бываютъ постоянно, другіе часто, а иные ходятъ въ единичныхъ случаяхъ. Я когда то изучилъ извлеченіе квадратныхъ корней, но при моей теперешней дѣятельности это останется въ скрытомъ состояніи. Нѣкоторыя представленія (кто я, чѣмъ я былъ и что я теперь, къ чему я въ жизни стремлюсь) должны быть постоянно на лицо и въ болѣе или менѣе ясной формѣ, они составляютъ директивы нашихъ повседневныхъ поступковъ. Студентъ идетъ во время на лекцію; это опредѣляется не только представленіемъ часа и расписанія лекцій, но и представленіемъ желанія заниматься и пункта, до котораго студентъ дошелъ въ занятіяхъ.

Личность, слѣдовательно, не представляетъ собою ничего неизмѣннаго. Цѣль даннаго момента, а также и опытъ постоянно воздѣйствуютъ на составляющія ее представленія. Еще больше отличаются стремленія мужчины отъ стремленій ребенка; превратности судьбы, перемѣны настроенія внутренняго происхожденія и даже токсическія вліянія (алкоголь) могутъ въ короткій срокъ совершенно измѣнить аффективную часть личности, наиболѣе важную въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ. Во снѣ, какъ и при тяжелыхъ психозахъ, личность можетъ раздробиться, отдѣльныя части отпадаютъ, а совершенно чужія вновь принимаются. Во снѣ скромный, вообще говоря, человѣкъ чувствуетъ себя царемъ Давидомъ, кроткій совершаетъ убійство, жестокосердый расплывается въ благодѣяніяхъ.

Личности приписываютъ часто еще особое сознаніе личности или самосознаніе[1] За этими выраженіями кроется двоякаго рода представленіе: непрерывности личности — Я нормальнаго человѣка всю жизнь чувствуетъ себя однимъ и тѣмъ же — и выдѣленія себя изъ окружающаго и отличія отъ другихъ людей. Предполагали, что у ребенка нѣтъ самосознанія: какъ на доказательство, что ребенокъ невѣрно отличаетъ свою личность, указывали, что онъ говоритъ о себѣ въ третьемъ лицѣ. Это невѣрно. Ребенокъ въ принципѣ отлично, не хуже взрослаго, отличаетъ себя отъ другихъ предметовъ и отъ другихъ людей; если же онъ говоритъ о себѣ въ третьемъ лицѣ, то по вполнѣ понятнымъ причинамъ это зависитъ отъ того способа, какимъ ему приносится рѣчь.

---

[1]) Выраженіе „самосознаніе" въ вульгарной психологіи обозначаетъ другое важное понятіе: самооцѣнку.

п) Центробѣжныя функціи.

Въ соотвѣтствіи съ „цѣлью“ психическаго аппарата, утвердить себя resp. родъ, использовать внѣшнюю среду или защититься отъ нея, вь каждомъ психизмѣ заключается тенденція реагировать, стремленіе. У болѣе сложныхъ созданій это выражается въ аффективности. Когда воспринимаемъ что нибудь красивое, хочется этимъ наслаждаться, непріятное хочется удалить. Наряду съ этимъ мы имѣемъ извѣстное количество стремленій, которыя приводятся въ дѣйствіе безъ внѣшняго побужденія: стремленіе къ жизни, къ дѣятельности, желаніе выдѣлиться, влеченіе къ знанію и т. д. Но и тутъ все дѣло въ аффективности, такъ какъ работа въ смыслѣ этихъ влеченій связана съ удовольствіемъ (это видимо совпадаетъ съ понятіемъ инстинкта у животныхъ). Принципіальнаго различія между обоими видами стремленій не существуетъ. Опредѣленную переходную степень образуютъ тѣ влеченія, гдѣ къ вызванному извнѣ стремленію примѣшивается внутреннее ощущеніе (голодъ, половое напряженіе).

Въ виду многочисленности стремленій и волнующихъ переживаній часто возникаютъ конфликты и заторможеніе. Хочется и отдохнуть и напиться воды изъ источника; хочется и добродѣтель сохранить и избавиться отъ полового напряженія. Но уже чисто физически нельзя успѣть все въ одно время. Тормозящее вліяніе, которое противоположныя влеченія оказываютъ другъ на друга, представляетъ только частный случай общаго закона, но которому центральныя функціи, не преслѣдующія одной и той же цѣли, взаимно тормозятъ другъ друга. Если нѣтъ крупной разницы между двумя влеченіями, возникаетъ соревнованіе, при этомъ въ процессѣ „размышленія“ и „выбора между добромъ и зломъ“ каждое влеченіе ассоціативно притягиваетъ къ себѣ однородный — а иногда и контрастный, въ духѣ отрицательнаго внушенія — умственный и аффективный матеріалъ. Такимъ образомъ, возникаютъ разнообразные комплексы функцій, дѣйствуюшіе каждый, какъ единое цѣлое; одинъ изъ нихъ въ концѣ концовь одерживаетъ верхъ и „подавляетъ“ всѣ остальные. Мы называемъ это р ѣ ш е н і е м ъ, а к т о м ъ в о л и.

Когда происходитъ серьезное соревнованіе мотивовъ, напр. при выборѣ между добромъ и зломъ, мы привлекаемъ въ качествѣ матеріала для рѣшенія наши добродѣтели и пороки, все наше этическое воспитаніе, прежнія рѣшенія дѣлать добро, или не обращать вниманія на мораль, опытъ прежнихъ нарушеній правилъ этики, однимъ словомъ, окончательное рѣшеніе принадлежитъ в с е й л и ч н о с т и.

Итакъ, мы видимъ, что в о л я зависитъ всецѣло отъ аффектовъ, и не только въ смыслѣ направленія, но и количественно. Сильной волей обладаетъ тотъ, у кого чувства энергичны и не такъ легко поддаются внѣшнему толчку. Терминомъ с л а б а я в о л я мы обозначаемъ различные склады личности; или слабую аффективность безъ движущей силы, или аффективность живую, но слишкомъ неустойчивую, легко измѣнчивую, съ волками воющую по волчьи, устилающую благими намѣреніями путь къ аду.[1])

---

[1]) „Абулія“ вслѣдствіи неспособности рѣшиться.

Для натуралиста нѣтъ вопроса, (вызвавшаго столько споровъ), существуетъ ли „свободная воля" въ томъ смыслѣ, что рѣшеніе можетъ быть принято безъ причины. Мы видимъ, что дѣйствія одушевленныхъ созданій предопредѣлены (детерминированы) ихъ внутреннимъ устройствомъ и внѣшними вліяніями и въ этомъ отношеніи ничѣмъ не отличаются отъ всякихъ другихъ явленій. Всякое рѣшеніе полностью обосновывается причинно на мотивахъ и стремленіяхъ; въ свою очередь мотивы и стремленія представляютъ собою либо комплексъ нервныхъ функцій, подчиненный обычнымъ психическимъ законамъ причинности, либо нѣчто, аналогичное этимъ нервнымъ процессамъ, зависящее отъ физическихъ и психическихъ причинъ. „Мотивы" это сложныя причины, мы ихъ видимъ не только извнѣ, подобно причинамъ въ физическомъ мірѣ, но также изнутри, въ насъ самыхъ, мало того мы по аналогіи можемъ и въ другихъ людяхъ предположить такіе же процессы; въ виду всего этого мы можемъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ понять и предугадать психическія явленія лучше многихъ физическихъ, хотя послѣднія по сложности значительно уступаютъ психикѣ.

Въ наукѣ, слѣдовательно, господствуетъ детерминизмъ (даже и тогда, когда она этого не признаетъ открыто). Правда, мы говоримъ, что данный человѣкъ плохо поступилъ, „потому что онъ негодяй", но мы знаемъ, что свою натуру онъ не самъ себѣ выбралъ, что онъ ее получилъ въ наслѣдство при рожденіи, или что она перемѣнилась подъ вліяніемъ какихъ либо воздѣйствій на его мозгъ.

Тѣмъ не менѣе, нельзя считать обманчивымъ наше субъективное ощущеніе, что мы свободны въ нашихъ рѣшеніяхъ. Наши поступки вытекаютъ изъ нашихъ собственныхъ стремленій; такъ какъ нѣкоторыя изъ нихъ взаимно другъ другу противорѣчатъ, реакція идетъ цѣликомъ въ соотвѣтствіи съ нашими чувствами, въ направленіи наиболѣе сильнаго влеченія. Волевой актъ, такимъ образомъ, вполнѣ согласованъ съ данной цѣлью всей психики т. е. съ личностью, съ комплексомъ, обнимающимъ всѣ стремленія, въ которомъ они (стремленія) могутъ образовать равнодѣйствующую. М ы д ѣ л а е м ъ, ч т о х о т и м ъ, п о т о м у ч т о м ы х о т и м ъ т о, ч т о м ы д ѣ л а е м ъ: или объективно выражаясь: воля и дѣйствіе — это о д и н ъ процессъ, въ которомъ мы выдѣляемъ двѣ стороны (аналогія изъ міра физическаго: когда имѣются на лицо всѣ условія для какого нибудь явленія или состоянія, тогда имѣется на лицо и само это явленіе или состояніе).

Споръ о томъ, какъ понимать волю, является прекраснымъ примѣромъ для иллюстраціи власти чувства. Съ научной точки зрѣнія единственно возможная концепція это детерминизмъ. Однако многіе цѣпляются за индетерминизмъ, даже не будучи въ состояніи продумать его до конца: моралистъ, потому что онъ ошибочно основалъ на немъ свою этику; богословъ, потому что онъ нуждается въ индетерминизмѣ (несмотря на противорѣчіе съ всемогуществомъ Божіимъ) для своихъ актуальныхъ представленій; юристъ, потому что иначе его законы, особенно условные, теряютъ почву подъ ногами. Въ дѣйствительности съ практической точки зрѣнія совершенно неважно, на какой точкѣ зрѣнія стоять. Уголовное право, напр., можетъ стать на точку зрѣнія детерминизма и можетъ оставить въ силѣ всѣ свои опредѣленія, измѣнить придется только пару выраженій.

Изъ числа влеченій человѣка в л е ч е н і е к ъ п и щ ѣ (часть влеченія къ самосохраненію) искажено въ нашихъ условіяхъ и не легко поддается изученію. Зато, до сихъ поръ еще сохранило ясность п о л о в о е в л е ч е н і е. Оно показываетъ намъ, какимъ образомъ тенденціи къ удовольствію (или неудовольствію) побуждаютъ насъ предпринимать дѣйствія, естественная цѣль которыхъ (продолженіе рода) намъ нежелательна или даже сознанію нашему неизвѣстна (напр. выборъ туалета, или другія подготовительныя дѣйствія при сближеніи половъ). Кромѣ того половое влеченіе учитъ насъ понимать и н с т и н к т ы. Ихъ опредѣляютъ, какъ способность дѣйствовать такъ, чтобы безъ особеннаго воспитанія и обученія достигнуть извѣстной цѣли, хотя она и не имѣется опредѣленно въ виду.

Для всякаго, живущаго въ обществѣ, живого существа особенное значеніе пріобрѣтаютъ этическія влеченія. Они поддерживаютъ общество, и поэтому часто противорѣчать интересамъ индивидуума; въ этомъ отношеніи у нихъ много точекъ соприкосновенія съ сексуальностью. Однако, одинаково ложно будетъ представить дѣло такъ, какъ будто бы существуетъ только одна сексуальная этика, равно какъ и поставить принципъ, что нужно „себя изжить" и просто игнорировать сексуальныя перегородки, воздвигнутыя природой. Во всякомъ случаѣ несомнѣнно, что нынѣшняя сексуальная этика не соотвѣтствуетъ уже требованіямъ современной культуры, что наши теперешнія соціальныя формы, съ одной стороны, и стародавнее половое влеченіе, съ другой стороны, находятся въ взаимномъ противорѣчіи, неразрѣшимомъ теоретически. Такимъ образомъ создаются конфликты, имѣющіе не только соціальное, но и большое медицинское значеніе.

Другія значенія слова „влеченіе" см. въ концѣ отдѣла психопатологіи.

Остальныя центробѣжныя функціи, „психомоторную сферу" и „моторную сферу" мы оставляемъ безъ разсмотрѣнія, такъ какъ онѣ понятны сами собою.

B. Общая психопатологія.[1]

Симптомы душевнаго заболѣванія безконечно разнообразны, и по этому одному уже нельзя избѣгнуть нѣкотораго схематизированія и отбора болѣе важнаго. Къ тому же явленія, по внѣшности одинаковыя, пріобрѣтаютъ различное значеніе въ зависимости отъ генеза и психической обстановки; кромѣ того здѣсь еще болѣе, чѣмъ въ соматической патологіи, каждый симптомъ представляетъ собою не что иное, какъ выхваченную изъ общаго процесса одну какую либо сторону. Такъ напр., говоря объ ассоціаціяхъ, мы должны имѣть въ виду, что рѣчь идетъ не только объ ассоціативныхъ заболѣваніяхъ, а объ общемъ психическомъ разстройствѣ, изъ котораго мы выхватываемъ одну сторону, а именно ассоціаціи.

Для научнаго изученія психозовъ необходимо различать первичные и вторичные симптомы. Параличъ отводящей мышцы глаза — первичный симптомъ, но слѣдующая за параличемъ контрактура m interni и двоеніе въ глазахъ представляютъ собой уже вторичные симптомы. Извѣстное разстройство функціи мышленія при dementia praecox нужно считать первичнымъ, но когда на этой почвѣ подъ вліяніемъ непріятнаго переживанія развивается сумеречное состояніе, это уже будетъ вторичнымъ симптомомъ. Если параноикъ истолковываетъ безразличное переживаніе въ смыслѣ бреда отношеній, это первичный симптомъ до извѣстной степени; наступающая за этимъ реакція въ видѣ брани, сама по себѣ нормальная, составляетъ уже вторичный симптомъ. Послѣдній примѣръ въ то же время показываетъ, что наши понятія всѣ относительныя; изъ одного основнаго разстройства исходитъ цѣлая цѣпь причинъ; въ приведенномъ примѣрѣ бредъ отношенія самъ по себѣ, какъ симптомъ, вытекаетъ изъ другихъ явленій.

При нѣкоторыхъ болѣзняхъ полезно различать основные симптомы отъ добавочныхъ (akzessorisch). Первые присущи всякому случаю данной болѣзни, если она достигла извѣстной высоты; слѣдовательно, даже когда мы ихъ не видимъ, мы должны

[1]) Jaspers, Общая психопатологія. Springer, Berlin 1913.

думать, что они имѣются in nuce, но не достигли „діагностическаго порога“, вслѣдствіе недостаточной интенсивности. Къ основнымъ симптомамъ относятся: „органическій симптомокоплексъ“ при органическихъ болѣзняхъ, разстройства ассоціацій и аффекта у шизофрениковъ, маніакальныя и меланхолическія состоянія маніакально-депрессивныхъ больныхъ. Добавочные симптомы, напр., галлюцинаціи и бредовыя идеи, могутъ при этихъ болѣзняхъ отсутствовать или появляться и исчезать въ любое время и въ любыхъ комбинаціяхъ.

1. Разстройства центростремительныхъ функцій.

Разстройства центростремительныхъ функцій могутъ быть обусловлены заболѣваніемъ периферическихъ приводящихъ органовъ или центральныхъ воспринимающихъ. Подъ послѣдними мы подразумѣваемъ центральныя поля чувствительности равно какъ и всю кору, какъ носительницу психики. Разстройства приводящихъ органовъ сводятся конечно только къ разстройствамъ ощущеній, разстройства же коры resp. психики даютъ только разстройства воспріятій и примыкающей къ нимъ первой переработки (осмышленія).

Разстройства органовъ чувствъ.

Заболѣванія органовъ чувствъ встрѣчаются частью въ качествѣ случайныхъ осложненій, частью какъ симптомы отдѣльныхъ психозовъ (напр. прогр. паралича) Въ общемъ они не имѣютъ особаго значенія для психопатологіи, однако периферическія раздраженія могутъ иногда какимъ то неизвѣстнымъ намъ путемъ подать поводъ къ галлюцинаціямъ; въ другихъ случаяхъ душевнобольной не въ состояніи понять патологическаго происхожденія парэстезій и считаетъ звонъ въ ушахъ колокольнымъ звонъ или — что чаще бываетъ — перетолковываетъ ложныя ощущенія въ смыслѣ иллюзій, шумъ въ ушахъ принимаетъ за плескъ воды или слова, пятна на сѣтчаткѣ — за видѣнія животныхъ, нервныя боли — за поврежденія тѣла.

Слабость органовъ чувствъ вліяетъ на психику въ періодѣ ея развитія, а также и потомъ. Сильная близорукость приводитъ къ недостатку кругозора или къ извѣстнаго рода невниманію. Нѣкоторые думаютъ, что мелкая живопись поэтессы Annette von Droste является слѣдствіемъ ея міопіи. Полная слѣпота естественно въ высокой степени вліяетъ на субъективный видъ міра (который у здороваго носитъ главнымъ образомъ зрительный характеръ), однако не уродуетъ психику въ смыслѣ отношеній къ людямъ.

Совсѣмъ иначе дѣйствуютъ глухота и тугость слуха. Если исключить современное обученіе глухонѣмыхъ, то окажется, что мы воспринимаемъ всѣ завоеванія культуры прежнихъ поколѣній слухомъ непосредственно или косвенно (письмо предполагаетъ существованіе рѣчи), а всѣ отношенія наши къ людямъ регулируются рѣчью. Такимъ образомъ, глухой если онъ даже самъ по себѣ уменъ, безъ спеціальнаго обученія будетъ душевнымъ калѣкой въ

наибоѣе важныхъ отношеніяхъ, кромѣ того онъ не въ состояніи правильно оцѣнить отношеній окружающихъ и поэтому онъ дѣлается раздражительнымъ, сердитымъ, недовѣрчивымъ. Пріобрѣтенная тугость слуха тоже дѣйствуетъ на психику въ этомъ смыслѣ, причемъ больше всего бросается въ глаза недовѣрчивость, доходящая временами до бредовыхъ идей.

Центральныя разстройства ощущеній и воспріятій.

Ощущенія рѣдко разстраиваются подъ вліяніемъ психотическихъ процессовъ. При меланхолическихъ и невротическихъ состояніяхъ мы встрѣчаемъ иногда болѣе или менѣе общую гиперэстезію; больные не только плохо переносятъ повседневныя раздраженія органовъ чувствъ, но еще и неправильно ихъ толкуютъ, слабый свѣтъ кажется имъ яркимъ, стукъ въ дверь — стрѣльбой, шумъ маленькаго фонтана они принимаютъ за свистъ пара изъ локомотива. Истеричные и загипнотизированные люди могутъ иногда воспринять минимальныя впечатлѣнія органовъ чувствъ, которыхъ нормальный человѣкъ вовсе не ощутитъ.

При этихъ же состояніяхъ наблюдаются и гиперальгезіи, то же наблюдается послѣ органическихъ процессовъ въ нервной системѣ.

Нерѣдко встрѣчающаяся гипальгезія и анальгезія большею частью бываетъ центральнаго происхожденія и раздѣляется на нѣсколько совершенно различныхъ типовъ:

1 При комѣ во время эпилептическихъ и другихъ припадковъ сознаніе, какъ принято думать, отсутствуетъ, слѣдовательно, воспріятіе боли, какъ и всего другого, исключается. Въ состояніи сопора и торпора порогъ ощущеній лежитъ очень высоко, и воспринятыя ощущенія оцѣниваются ниже нормы.

2. Въ состояніи сильнаго аффекта вниманіе можетъ быть до того одностороннимъ, что не ощущается и самая сильная боль; (бываетъ, что офицеръ только тогда замѣчаетъ, что его рука прострѣлена, когда онъ хочетъ обнажить саблю). Маніакальные больные въ пылу болѣзни часто себя ранятъ, сами того не замѣчая; однако если ихъ вниманіе сосредоточено на боли, какъ напр. во время небольшой операціи, они бываютъ очень чувствительны. — Къ этой же категоріи явленій относится можетъ быть и анальгезія (доходящая часто до степени полной нечувствительности) больныхъ съ алкогольнымъ delirium.

3. Истерическіе механизмы могутъ прекратить болевую чувствительность цѣликомъ или только для ограниченныхъ участковъ кожи.[1] (Hexenschlaf). Однако въ противоположность анальгезіи спиномозгового происхожденія больные съ истерической анальгезіей не подвергаются такъ часто пораненіямъ из за потери чувствительности, такъ какъ болевыя ощущенія только не доходятъ до

[1]) Съ этимъ явленіемъ не нужно смѣшивать радость боли у отдѣльныхъ истеричныхъ людей, а также при мазохизмѣ.

сознательнаго Я, безсознательная же оріентировка можетъ ими располагать.

4. Замѣчательна анальгезія многихъ кататониковъ. Она можетъ обнимать все тѣло и быть совершенно абсолютной, такъ что больные причиняютъ себѣ — намѣренно или случайно — самыя тяжелыя поврежденія. Анальгезія эта можетъ быстро развиться и столь же быстро пройти, при этомъ она не зависитъ отъ сознательнаго вниманія. Тѣмъ не менѣе и тутъ мы вѣроятно имѣемъ дѣло съ психогенной задержкой.

5. Гипальгезія и анальгезія паралитиковъ затрагиваетъ только кожу, болѣе глубокія части сохраняютъ чувствительность (паралитикъ можетъ откусить себѣ кусокъ кожи, чтобы разозлить ухаживающій персоналъ, но онъ будетъ очень чувствовать боль, если двигать ему тугой суставъ). По степени развитія (но не принципіально) это разстройство зависитъ отъ вниманія. Въ чемъ дѣло при этомъ видѣ анальгезіи, мы пока не понимаемъ.

Другіе виды гип- и анэстезіи при психозахъ встрѣчаются не часто. Истерическая слѣпота, глухота и т. п. основаны на (авто) внушеніи. Депрессивные больные жалуются иногда, что пища потеряла всякій вкусъ, что они жуютъ какъ бы солому или бумагу, что всѣ цвѣта кажутся имъ одинаково сѣрыми („какъ будто покрыты пепломъ"), однако при изслѣдованіи оказывается, что ихъ ощущенія нормальны. И у здоровыхъ могутъ получиться тѣ же явленія подъ вліяніемъ сильнаго депрессивнаго аффекта [1]).

Мы оставляемъ здѣсь безъ разсмотрѣнія афазическія и агностическія разстройства; они хотя и наблюдаются иногда въ теченіи органическихъ душевныхъ разстройствъ, однако относятся къ патологіи очаговыхъ заболѣваній мозга, а не къ симптоматологіи психозовъ.

Воспріятіе и осмышленіе у идіотовъ разстроено въ томъ смыслѣ, что они не могутъ осмыслить болѣе сложныхъ вещей; они видятъ детали, не обнимая цѣлаго; на картинѣ они плохо или вовсе не узнаютъ предметовъ, которые они легко узнаютъ въ натурѣ; у нихъ часто отсутствуетъ пониманіе перспективы.

Воспріятіе можетъ быть неполнымъ. Кататоники съ несовсѣмъ яснымъ сознаніемъ и особенно алкоголики могутъ нарисованный зеленый кочанъ капусты принять за розу, огурецъ за колбасу, колосъ за еловую шишку, такъ какъ они не могутъ обнять умомъ и краски и величину во всемъ комплексѣ картины. По внѣшности это разстройство похоже на иллюзіи, но отличается тѣмъ, что измѣненіе картины больному безразлично; оно подобно обману по небрежности, а иллюзія скорѣе похожа на обманъ съ опредѣленной цѣлью.

Если затруднить осмышленіе зрительныхъ впечатлѣній при посредствѣ короткой экспозиціи картинъ, обнаруживается слѣдующее: При органическихъ психозахъ: воспріятіе требуетъ большаго времени, больной часто ошибается. — При эпилепсіи: явленія похожи; разница повидимому есть, но еще точно не установлена. Во всякомъ случаѣ этотъ симптомъ у эпилептиковъ сопри-

---

[1]) Cp Goethe, Kanonenfieber bei Valmy: глаза „сохраняютъ вполнѣ свою силу и ясность, и все таки чудится, что весь міръ имѣетъ какой-то красновато-коричневый тонъ..."

касается съ присущимъ этимъ больнымъ общимъ замедленіемъ психическихъ процессовъ. Въ той и другой группѣ болѣзней замѣчается наклонность къ персевераціи, которая проявляется въ томъ, что больные принимаютъ вновь показанную картину за прежнюю (Необходимо исключить парафазическія разстройства!) — У алкоголиковъ отвѣты даются быстро и съ субъективной увѣренностью, однако часто съ ошибками; изъ характера этихъ ошибокъ видно, что въ психику какимъ то путемъ проникло правильное изображеніе: больной, когда его просятъ указать, что изображено на картинѣ, говоритъ названія предметовъ оптически совершенно не похожихъ на изображенія, но имъ родственныхъ (топоръ и лопата; два числа имѣющія совершенно различный внѣшніи видъ). При всѣхъ этихъ болѣзняхъ можно путемъ напряженія вниманія добиться лучшихъ результатовъ, и многіе, поэтому, склонны приписать ошибки недостатку вниманія; однако, это не вѣрно. — При рѣзкихъ меланхолическихъ состояніяхъ осмышленіе требуетъ иногда много времени но количество ошибокъ не превышаетъ нормы. — Обычное осмышленіе окружающаго въ маніакальномъ состояніи при изслѣдованіи безъ точныхъ измѣреній не обнаруживаетъ ничего характернаго. При болѣе точныхъ экспериментахъ оказывается, что больные неправильно воспринимають и ошибаются больше здоровыхъ; причина вѣроятнѣе всего кроется не въ самомъ воспріятіи, а въ неустойчивости вниманія и тому подобныхъ моментахъ. — И при шизофреніи мы собственно не наблюдаемъ разстройствъ осмышленія; ошибки, которыя больные дѣлаютъ, обычно объясняются состояніемъ сложныхъ функцій, вниманія, аффектовъ, мышленія.

Аналогичныя разстройства, хотя и не столь явныя, наблюдаются и въ области слуха. Особенно бросается въ глаза, что органическимъ больнымъ нужно повторить вопросъ нѣсколько разъ, пока они его правильно поймутъ; особенно это замѣчается при переходѣ къ новой темѣ.

Наиболѣе важными явленіями въ области центростремительной нужно считать обманы чувствъ (фантазмы). Ихъ подраздѣляютъ на **иллюзіи** и **галлюцинаціи.**

Иллюзіи представляютъ собою болѣзненно измѣненныя дѣйствительныя воспріятія: бой часовъ воспринимается, какъ ругательство или проклятіе; пожатая рука отбрасывается, это „рука мертвеца“; люди кажутся ходящими на головахъ, бѣлое лицо кажется черным, служитель кельнершей. Если больной принимаетъ однихъ людей за другихъ, напр. окружающихъ принимаетъ за своихъ родныхъ или знакомыхъ или за царя, то это рѣдко является чистой иллюзіей, скорѣе это бредовая идея (шизофренія), иногда полусознательное баловство (манія), чаще же всего это явленіе близкое къ конфабуляціи (органическіе психозы).

Иллюзія въ сущности не что иное, какъ каррикатура нормальнаго процесса. При обычномъ воспріятіи мы только въ исключительныхъ случаяхъ ощущаемъ всѣ относящіяся къ дѣлу свойства предмета; недостающее мы дополняемъ безсознательно, невѣрно воспринятое корригируемъ въ общемъ духѣ даннаго предмета. Такимъ образомъ, нормальное воспріятіе есть уже своего рода иллюзія. Трудно не пропустить ни одной опечатки; телефонъ

передаетъ далеко не всѣ согласныя съ достаточной отчетливостью, мы ихъ отгадываемъ, сами того не замѣчая. Если мы въ аффективной ситуаціи примемъ обрубокъ дерева за разбойника или туманъ за появленіе ангела, это будетъ только количественной разницей, и тѣмъ не менѣе эти явленія уже немногимъ отличаются отъ иллюзій душевнобольныхъ.

Галлюцинаціи представляютъ собою воспріятія, безъ соотвѣтственнаго внѣшняго раздраженія. Галлюцинировать можно все, что воспринимается, причемъ возможны свободныя комбинаціи отдѣльныхъ элементовъ: галлюцинаторный левъ можетъ имѣть крылья, одна фигура можетъ быть составлена изъ отдѣльныхъ чертъ разныхъ лицъ. Кромѣ того, повидимому, болѣзненныя функціи мозга могутъ вызвать внутреннія ощущенія, которыхъ обычно не бываетъ.

Теоретическое различіе между иллюзіями и галлюцинаціями не всегда очевидно. Рѣдко когда органъ чувства не испытываетъ никакого раздраженія („свѣтовая пыль" темнаго поля; энтотическіе шумы и т п.), и поэтому собственно говоря мож о всякій разъ думать, что имѣешь дѣло съ ложнымъ толкованіемъ ощущенія. Фактически, такъ называемыя галлюцинаціи алкоголиковъ вѣроятнѣе всего представляютъ собою иллюзіи на почвѣ раздраженія сѣтчатки. Ихъ считаютъ все таки галлюцинаціями, такъ какъ раздраженія приходятъ не извнѣ. При обонятельныхъ и вкусовыхъ галлюцинаціяхъ врядъ ли можно исключить наличность дѣйствительныхъ обонятельныхъ и вкусовыхъ ощущеній; кожа находится въ постоянномъ соприкосновеніи съ одеждой, съ воздухомъ и т. д.

Трудно рѣшить, надо ли считать иллюзіей или галлюцинаціей голоса, которые слышатся „въ" свистѣ вѣтра, шумѣ колесъ, причемъ голоса слышны одновременно съ вызвавшимъ ихъ шумомъ.

Обычно однако эти два явленія можно легко различить. Видѣнія, не связанныя съ опредѣленнымъ объектомъ, несомнѣнно слѣдуетъ считать галлюцинаціей, равно какъ и голоса, которые идутъ изъ стѣны, хотя бы въ это время и зрительный и слуховой нервъ принимали также и массу другихъ раздраженій.

Галлюцинаціи могутъ быть разной степени въ смыслѣ: отчетливости проэкціи вовнѣ, отчетливости воспріятія и интенсивности. Эти три качества независимы другъ отъ друга.

Проэкція вовнѣ большею частью бываетъ полная: то, что больные видятъ или слышатъ, кажется имъ неоспоримой дѣйствительностью, если же галлюцинація противорѣчитъ дѣйствительности, больной скорѣе признаетъ недѣйствительнымъ и ложнымъ то, что для насъ реально. Напрасно мы будемъ больному, который слышитъ голоса изъ сосѣдней комнаты, давать возможность лично убѣдиться, что тамъ никого нѣтъ; больной скажетъ, что говорившіе ушли, что они находятся въ стѣнахъ или говорятъ черезъ невидимые аппараты.

Существуютъ всевозможныя градаціи отъ галлюцинацій, которыя больной признаетъ за таковыя, хотя и воспринимаетъ ихъ отчетливо, (псевдогаллюцинаціи Кандинскаго)[1] черезъ тѣ случаи, когда больной не можетъ разобрать, видѣнія это или яркія представленія, голоса или внушенныя мысли (психическія галлюцинаціи) и вплоть до обычныхъ представленій и мыслей. Часто больные локализируютъ голоса (и видѣнія) въ тѣлѣ, большею частью въ груди, иногда въ головѣ, или въ любой другой части тѣла.

Проэкція облегчается высокой степенью полноты картины. Однако часто галлюцинаціи обладаютъ неопредѣленностью обыкно-

---

[1]) Выраженіе „псевдогаллюцинаціи" нѣкоторые примѣняютъ для обозначенія психической галлюцинаціи, такъ напр. Hagen.

венныхъ представленій; правда больной видитъ довольно опредѣленно собаку, однако не можетъ ничего сказать относительно ея породы, масти, величины, позы. Самъ онъ не сознаетъ этого недостатка, однако врачу это явленіе можетъ дать цѣнныя указанія на наличіе обмана чувствъ. Не слѣдуетъ однако дѣлать обратнаго вывода, ибо бываютъ галлюцинаціи, обладающія полнотой актуальнаго воспріятія.

Замѣчательны галлюцинаціи экстракампинныя, локализирующіяся внѣ соотвѣтственнаго поля чувствительности. По природѣ этого явленія мы обычно имѣемъ дѣло съ видѣніями (больной съ полной отчетливостью чувства видитъ черта позади своей головы), однако иногда это касается и чувства осязанія (больной чувствуетъ, что изъ опредѣленнаго угла падаютъ на его руки струи воды). Голоса, которыя кажутся приходящими съ разстоянія въ нѣсколько тысячъ километровъ, можно считать экстракампинными или нѣтъ, и то и другое будетъ совершенно произвольно.

Иногда, чаще всего при алкогольномъ delirium увѣренность проэкціи колеблется вмѣстѣ съ интенсивностью болѣзни. Въ періодѣ выздоровленія эти больные вмѣсто галлюцинаціи видятъ только „картины“, которыя имъ показываются; другимъ больнымъ голоса только представляются или снятся. Однако и на высотѣ болѣзни нерѣдки эти неясныя проэкціи.

Интенсивность галлюцинацій колеблется отъ оглушительнаго пушечнаго выстрѣла до еле слышнаго шопота, отъ самыхъ яркихъ свѣтовыхъ впечатлѣній до еле замѣтной тѣни. При острыхъ приступахъ, особенно при шизофреніи, интенсивность галлюцинацій можетъ подниматься и падать параллельно съ интенсивностью болѣзненнаго приступа.

Отчетливость иногда бываетъ чрезвычайно рѣзка, иногда падаетъ до степени туманныхъ образовъ, спутанныхъ голосовъ, неяснаго шопота; чтобы понять ихъ, больной долженъ напрячь все свое вниманіе. Впрочемъ больные рѣдко сильно ощущаютъ неотчетливость галлюцинаціи; они и такъ знаютъ, что обозначаетъ послѣдняя.

Изъ остальныхъ свойствъ обмановъ чувствъ упомянемъ слѣдующія: зрительныя галлюцинаціи алкоголиковъ, имѣющія тенденцію становиться подвижными, множественными и мелкими; зрительныя и осязательныя галлюцинаціи при кокаинномъ помѣшательствѣ, доходящія часто до микроскопической величины. Видѣнія, увеличивающіяся (и вмѣстѣ съ тѣмъ приближающіяся) большею частью связаны съ тоской и страхомъ.

Галлюцинаціи могутъ быть стабильны или измѣнчивы. Голоса обычно отрывочны, коротки. Драматическія сплетенія слуховыхъ галлюцинацій указываютъ на алкоголизмъ, особенно на алкогольное помѣшательство. Связныя галлюцинаторныя комбинаціи съ преобладаніемъ зрительныхъ наблюдаются при истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ, но попадаются и внѣ нихъ. Бываютъ иногда одностороннія галлюцинаціи, особенно при одностороннемъ пораженіи органа чувства или чувствительныхъ полей и путей въ мозгу.

Отношеніе къ дѣйствительнымъ воспріятіямъ бываетъ различно. Голоса могутъ конечно локализоваться вездѣ, въ

сосѣдней комнатъ, въ стѣнѣ, въ свободномъ пространствѣ. Видѣнія вступаютъ въ конфликтъ съ дѣйствительностью; если больной видитъ въ галлюцинаціи человѣка, онъ не долженъ за нимъ видѣть ничего реальнаго — или же этотъ человѣкъ долженъ казаться прозрачнымъ (привидѣнія). Галлюцинаторное видѣніе какой нибудь личности можетъ находиться посреди реальныхъ людей, мертвая голова можетъ выглядывать изъ за спины сосѣда и т. д.; большею частью галлюцинаторныя явленія не такъ зависимы отъ дѣйствительности. Иногда вся окружающая обстановка галлюцинаторно измѣняется: вмѣсто наблюдательной палаты больной видитъ себя на небѣ и т. п.

Часто больные узнаютъ галлюцинаціи; они хотя и не признаютъ ихъ обманомъ чувствъ, однако чувствуютъ, что это нѣчто необычное по нѣкоторымъ признакамъ: содержаніе другое; новыя неиспытанныя ощущенія (для опредѣленія ихъ больные должны придумать новыя слова); замѣчательные образы и сцены, ненормальная локализація, голоса въ стѣнѣ, въ собственныхъ рукахъ, свѣтъ въ собственномъ тѣлѣ или въ маткѣ проходящей женщины; затѣмъ, неувѣренная проэкція вовнѣ: больной думаетъ, что онъ слышитъ въ ногѣ, а не ушами; онъ не увѣренъ, ощупываетъ ли онъ животное или видитъ его.

Заслуживаетъ вниманія отношеніе галлюцинаціи къ остальному содержанію мыслей. На высотѣ болѣзни галлюцинаціи имѣютъ для больного не только неоспоримую реальную цѣнность, но и содержаніе ихъ имѣетъ для него обязательную силу. Если здоровый услышитъ приказъ: „убей твоего ребенка" ему въ голову не придетъ это исполнить; между тѣмъ больной часто слушается, съ большимъ или меньшимъ сопротивленіемъ. Это зависитъ не отъ содержанія приказа, не отъ затемнѣнія сознанія или отъ слабоумія – послѣднихъ симптомовъ часто и не бываетъ – а отъ того, что галлюцинаціи въ концѣ концовъ сами рождаются изъ стремленій, тѣсно связанныхъ съ личностью больного. Поэтому, больнымъ такъ трудно игнорировать свои галлюцинаціи; параноичка съ пневмоніей занимается исключительно галлюцинаторнымъ выпаденіемъ кишки, не обращая вниманія на воспаленіе легкаго; дѣйствительное несчастіе не замѣчается. а галлюцинаторное всецѣло овладѣваетъ человѣкомъ. Съ другой стороны, галлюцинирующіе алкоголики часто слѣдятъ за своими видѣніями, какъ зрители за представленіемъ въ театрѣ, а слабоумные шизофреники могутъ все время галлюцинировать и повидимому не обращать на это никакого вниманія.

Разъ галлюцинаціи въ сущности выражаютъ только мысли самого больного (будь то сознательно или нѣтъ), то понятно, что у больного всегда на готовѣ точное объясненіе непонятныхъ галлюцинацій. Больная слышитъ въ галлюцинаціи одно слово „опрятный", и больше ничего, однако это ее приводитъ въ страшное волненіе, такъ какъ этимъ хотятъ по ея мнѣнію сказать, что она замарала постель. Многіе опредѣленно узнаютъ по галлюцинаторному запаху и вкусу опредѣленные яды, дѣйствительнаго вкуса которыхъ они вовсе не знаютъ.

Этимъ объясняется и возможность телеологическихъ галлюцинацій, которыя даютъ больному добрые совѣты, предупреждаютъ его, не даютъ ему дѣлать то, что для него вредно:

покойная мать въ послѣдній моментъ удерживаетъ больного сына отъ самоубійства; въ галлюцинаціи ему представляется физическое сопротивленіе, и изъ за этого онъ не выбрасывается изъ окна; Святая Дѣва учитъ Орлеанскую Дѣву, какъ поступать, чтобы побѣдить — но это возможно лишь до тѣхъ поръ, пока военное положеніе настолько просто, что умъ дѣвушки можетъ его охватить.

Аналогичное явленіе мы имѣемъ, когда „голосъ совѣсти" подвергаетъ дѣйствія и мысли больного критикѣ (иногда справедливой а иногда и злостной). Иногда голоса раздѣляются, больному кажется, что онъ слышитъ два голоса предупреждающій и заманивающій, дружескій и враждебный.

Въ однихъ случаяхъ галлюцинаціи представляютъ для сознательной личности больного нѣчто чуждое, и больной ссылается на то, что „никогда онъ не могъ себѣ представить ничего подобнаго", какъ на доказательство внѣшняго происхожденія голоса; въ другихъ случаяхъ галлюцинаціи тѣсно переплетены со всѣми мыслями больного. Наиболѣе рѣзко послѣднее явленіе выражено при такъ называемомъ „слушаніи своихъ мыслей" (неправильно называемомъ „двойными мыслями"), когда больной слышитъ, какъ кто то произноситъ вслухъ его собственныя мысли. Особенно часто это случается во время чтенія; замѣчательно, что голоса иногда говорятъ то, что написано нѣсколькими строками ниже той, на которую обращены глаза больного.

Многіе больные захвачены своими галлюцннаціями и не могутъ ни о чемъ другомъ говорить; другіе, наоборотъ, не могутъ или не хотятъ ничего объ этомъ сообщить. Особенно шизофреники закрываютъ все содержаніе своего сознанія для галлюцинацій resp. воспоминаній о нихъ.

Многіе больные воспринимаютъ галлюцинаціи, даже самыя дикія, просто какъ фактъ. Другіе ищутъ объясненія въ машинахъ или физикальныхъ воздѣйствіяхъ на разстояніи, рѣже, особенно въ послѣднее время, въ бѣсовскомъ навожденіи. Нѣкоторые больные, видя, что другіе знаютъ ихъ мысли, считаютъ себя прозрачными. Другіе полагаютъ, что они развили въ себѣ особенную способность слышать голоса.

Происхожденіе галлюцинацій. Галлюцинаціи сопутствуютъ многимъ душевнымъ болѣзнямъ, отравленіямъ, тяжелому истощенію, нормальному сну. При душевныхъ болѣзняхъ ихъ появленію способствуетъ отсутствіе раздраженій органовъ чувствъ — темнота ночи вызываетъ видѣнія, тишина въ тюремномъ заключеніи даетъ слуховыя галлюцинаціи; однако иногда поводъ къ галлюцинаціямъ даютъ дѣйствительныя раздраженія, особенно слуховыя галлюцинаціи могутъ появиться именно во время шума. Многіе больные закрываютъ уши, чтобы лучше слышать голоса; другіе это дѣлаютъ, чтобы избавиться отъ голосовъ. Работа (отвлеченіе вниманія) иногда уменьшаетъ галлюцинаціи, рѣже усиливаетъ ихъ.

Внѣшнія впечатлѣнія (какъ и мысли) могутъ воздѣйствовать на галлюцинаціи въ смыслѣ ихъ возникновенія и содержанія, если главнымъ образомъ мы имѣемъ здѣсь дѣло съ повышеніемъ временнаго предрасположенія. Больной видитъ, какъ проносятъ ведро, и

ему слышится брань: „порча пищи“; онъ наблюдаетъ жатву, и чувствуетъ, какъ каждый взмахъ серпа его разрѣзаетъ. Иные больные чувствуютъ, что ихъ захватываетъ ложка, когда кто нибудь ѣстъ вблизи ихъ, или, слыша, какъ ключъ поворачивается въ замкѣ, чувствуютъ, что ключъ болѣзненно поворачивается въ ихъ сердцѣ. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ воспріятіе одного чувства вызываетъ галлюцинаціи другого, многіе употребляютъ для этого выраженіе „рефлекторная галлюцинація“, что конечно является неправильнымъ пониманіемъ механизма.

Зрительныя галлюцинаціи (видѣнія) больше всего вступаютъ въ конфликтъ съ окружающимъ и допускаютъ возможность поправки со стороны другихъ чувствъ (осязаніе, сопротивленіе). Поэтому онѣ рѣдки днемъ и у сознательныхъ больныхъ, но легко овладѣваютъ больнымъ въ состояніи делирія или сумеречномъ. У этихъ галлюцинацій иногда отсутствуетъ измѣреніе глубины. Изъ всѣхъ галлюцинацій эти имѣютъ чаще всего безразличное содержаніе („больному даютъ представленіе“, которое его не касается).

Иную картину даютъ слуховыя галлюцинаціи. Голоса своей рѣчью выражаютъ всѣ побужденія человѣка: его ругаютъ, бранятъ, ему грозятъ; онъ слышитъ плачъ родныхъ, которыхъ обижаютъ; съ другой стороны, онъ слышитъ приносящіе счастье назначенія, приказы и т. д. Онъ можетъ вступить въ бесѣду съ голосами, однако ему для этого не нужно говорить вслухъ, „они“ даютъ отвѣты и на его мысли. Съ любыхъ разстояній, несмотря ни на какія препятствія, они съ нимъ вступаютъ въ связь таинственными путями при посредствѣ особо изобрѣтенныхъ аппаратовъ. „Голоса“ не только говорятъ, они его электризуютъ, отравляютъ, внушаютъ ему мысли и т. д; они воплощаются въ лицѣ тѣхъ людей, которые имъ занимаются.

Не рѣчевыя слуховыя галлюцинаціи въ сравненіи съ рѣчевыми отступаютъ на заднiй планъ. Только въ экстазѣ, лихорадочномъ бредѣ, особенно въ бѣлой горячкѣ слышится музыка и пѣніе, помимо этихъ болѣзней это бываетъ рѣдко.

Вкусовыя и обонятельныя галлюцинаціи рѣдко появляются самостоятельно. Въ состояніи экстаза и въ болѣе позднихъ стадіяхъ маніакальной формы прогр. паралича они увеличиваютъ блаженство больного, шизофреники по нимъ отгадываютъ наличіе отвратительныхъ или ядовитыхъ веществъ (со смолой и сѣрой включительно). Другіе вкусы и запахи рѣдко проявляются въ галлюцинаціяхъ.

Кожное чувство. Осязаніе („гаптическіе обманы чувствъ“) галлюцинируетъ живо только при бѣлой горячкѣ, когда больной чувствуетъ мелкихъ животныхъ, жуковъ, натянутые шнурки, нити слизи, иногда это связывается съ тѣлесными галлюцинаціями: осязаніе чувствуетъ змѣй, ползущихъ къ половымъ органамъ, удары, уколы и т. п. Другіе виды кожныхъ галлюцинацій еще труднѣе отдѣлить отъ описываемыхъ дальше.

Галлюцинаціи общаго чувства, тѣлесныхъ органовъ, которыя массами наблюдаются при шизофреніи. Больные чувствуютъ, что у нихъ печень выворочена, легкія высосаны, кишки

вырваны, мозгъ распиленъ, члены, какъ окоченѣвшіе, больные чувствуютъ, какъ ихъ бьютъ, жгутъ[1]), электризуютъ („физикальный бредъ преслѣдованія"). Сюда же относятся и очень частыя половыя галлюцинаціи, которыя доставляють больше тяжелыхъ мученій, нежели чистой радости: больнымъ высасываютъ „естество", раздавливаютъ половые органы, вгоняютъ сѣмя внутрь, женщины подвергаются изнасилованію въ самой ужасной формѣ и т. п.

Галлюцинаціи тѣлесныя отличаются отъ парэстезій тѣмъ, что больные чувствуютъ, что онѣ „сдѣланы" извнѣ.

Нѣкоторые авторы связываютъ тѣлесныя галлюцинаціи съ инстинктомъ самосохраненія, съ аффективностью; онѣ какъ будто тѣснѣе всего связаны съ Я. Возможно, что въ этомъ есть доля правды, но какая именно, трудно сказать.

Связь эта можетъ быть болѣе отдаленная. Внѣ шизофреніи, мы видимъ симптомы, которые можно назвать тѣлесными галлюцинаціями, при нѣкоторыхъ, напр. сифилитическихъ дегенераціяхъ мозга и другихъ формахъ, описанныхъ до сихъ поръ только отдѣльными случаями. При органическихъ психозахъ въ болѣе тѣсномъ значеніи этого слова онѣ встрѣчаются очень рѣдко. При другихъ перерожденіяхъ мозга тѣлесныя галлюцинаціи принимаютъ въ изображеніи больныхъ болѣе элементарный характеръ, нежели при шизофреніи; это вызываетъ попытку считать ихъ въ данномъ случаѣ явленіями другого порядка; однако то, что мы объективно можемъ описать въ томъ и въ другомъ случаѣ, почти совпадаетъ. Напр., рѣчь идетъ о посыпаніи порошкомъ, протягиваніи нитей, жженіи, чувствѣ фарадизаціи, т. е. объ ощущеніяхъ, которыя мы часто видимъ при перерожденіяхъ нервной системы. Отличаются они отъ парэстезій тѣмъ, что по толкованію больныхъ они обусловлены внѣшними вліяніями. При шизофреніи преобладаютъ ощущенія, недоступныя нашимъ чувствамъ, и кромѣ того въ разсказахъ больныхъ они пріобрѣтаютъ какой то неопредѣленно причудливый характеръ. Приходится поэтому думать, что во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло не съ галлюцинаціями собственно, а съ неправильными ощущеніями центральнаго происхожденія, которыя, подобно слуховымъ и осязательнымъ галлюцинаціямъ делириковъ, перетолковываются на манеръ иллюзій, при чемъ при болѣзняхъ съ сохраненной личностью, при болѣе грубыхъ перерожденіяхъ, это толкованіе носитъ элементарный характеръ, у шизофрениковъ же принимаетъ сноподобную символическую форму.[2]) Это объясненіе оставляетъ все таки открытымъ вопросъ, почему при прогр. параличѣ, старческихъ формахъ, Корсаковской болѣзни парэстезіи ощущаются, какъ таковыя, или въ формѣ ипохондрическихъ бредовыхъ идей, и только рѣдко появляются въ сознаніи въ качествѣ галлюцинацій.

Галлюцинаціи кинэстетическаго чувства чаще всего встрѣчаются при delirium tremens, больные думаютъ, что находятся на работѣ, въ то время какъ они лежатъ въ постели. Случается, что имъ вдругъ кажется, что стулъ подъ ними шатается (или что окружающіе предметы начинаютъ двигаться). Шизофреникъ можетъ чувствовать, что члены его приводятся въ движеніе и т. п. Иногда мысли выражаются не въ голосахъ, а въ кинэстетическихъ галлюцинаціяхъ органовъ рѣчи, больнымъ кажется, что они что то говорятъ, а на самомъ дѣлѣ органъ рѣчи въ полномъ покоѣ. „Вестибулярныя" галлюцинаціи даютъ ощущеніе летанія, паденія.

Бываютъ и болевыя галлюцинаціи, однако ихъ очень трудно отличить отъ разныхъ другихъ болей функціональнаго характера.

---

[1]) Длительное не поддающееся воздѣйствію чувство жженія (парэстезія) составляетъ большею частью признакъ очаговаго заболѣванія мозга.

[2]) Ср. Bleuler, О физическомъ и психическомъ въ патологіи, стр. 23 и сл. Springer, Berlin 1916 u. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. O. 30, стр. 426.

Галлюцинаціи различныхъ видовъ чувствъ часто комбинируются между собою: больной видитъ и слышитъ кого нибудь и чувствуетъ его вліяніе или онъ видитъ и осязаетъ предметы.

Поучительны теоріи галлюцинацій. Еще до сихъ поръ есть психіатры, которые не могутъ представить себѣ галлюцинацій, т. е. проэкціи представленій въ пространствѣ съ полной отчетливостью, безъ участія периферическихъ органовъ чувствъ, причемъ эти психіатры исходятъ изъ того, что въ нормѣ проэцируются во внѣшній міръ только тѣ процессы, которые имѣютъ въ основѣ соотвѣтствующее раздраженіе чувства. Однако, это разсужденіе не доказательно, ибо, какъ извѣстно, мы „черезъ сознаніе" воспринимаемъ только корковые процессы, затѣмъ, это разсужденіе ложно еще и потому, что — оставляя въ сторонѣ всякаго рода другіе моменты — галлюцинаціи возможны и при разрушенныхъ периферическихъ органахъ чувствъ. Нѣкоторые авторы пытались локализировать галлюцинаторные процессы главнымъ образомъ въ первичныхъ инстанціяхъ, въ центральныхъ гангліяхъ. Однако эти части мозга „не могутъ мыслить", а галлюцинаціи выражаютъ сложныя мысли. Предполагаютъ существованіе въ корѣ особыхъ „мѣстъ перцепціи", которыя при воспріятіи принимаютъ раздраженія органовъ чувствъ, а за этими мѣстами долженъ находиться органъ мысли и образованія понятій (почти вся остальная мозговая кора). Kraepelin осторожно выражается вмѣсто мѣстъ перцепціи — центры перцепціи, придавая имъ болѣе общее значеніе первой инстанціи въ корѣ для чувствительныхъ воспріятій. При раздраженіи органа чувствъ соотвѣтственныя мѣста resp. центры перцепціи приходятъ будто бы въ состояніе сильной дѣятельности, а при представленіи (центробѣжное раздраженіе) въ состояніе слабой дѣятельности. Если благодаря аномаліи органа мысли или отводящихъ путей это центробѣжное раздраженіе передается слишкомъ сильно, органы перцепціи реагируютъ сильно, какъ при чувствительномъ раздраженіи и вмѣсто представленія (субъективно) возникаетъ воспріятіе (галлюцинація). Рѣзче всего это выражено при слушаніи мыслей. Возникшія такимъ путемъ галлюцинаціи назвали галлюцинаціями аперцепціи. Они характеризуются своей связью съ сознательнымъ содержаніемъ мыслей, тѣмъ, что они часто комбинируются и не обнаруживаютъ наклонности повторяться.[1]) Если же перцепціонная кора сама находится въ состояніи раздраженія, чувствительныя клѣтки тутъ же на мѣстѣ могутъ прійти въ состояніе ненормальной дѣятельности подъ вліяніемъ физіологическихъ процессовъ, какихъ либо токсиновъ, циркулирующихъ въ крови, или другихъ раздраженій, обусловленныхъ болѣзнью; тогда опять же возникаетъ галлюцинація, но она уже не зависитъ отъ содержанія мыслей и охотно повторяется въ томъ же видѣ (галлюцинація перцепціи, которая въ то же время должна быть и стабильной галлюцинаціей).

Всѣ эти теоріи очень спорны; такъ напр. по этой теоріи уже обычныя представленія при такомъ состояніи раздраженія чувствительной поверхности должны бы вызвать галлюцинаціи, а между тѣмъ это наблюдается только въ исключительныхъ случаяхъ.

Всѣ эти теоріи не объясняютъ совершенно содержанія галлюцинацій (за исключеніемъ слушанія мыслей), а между тѣмъ не можетъ быть галлюцинацій безъ содержанія, часто наоборотъ это послѣднее является единственно несомнѣннымъ (психическія и неотчетливыя галлюцинаціи). Резюмируя все, что мы знаемъ и чего незнаемъ, мы должны сказать слѣдующее: у здоровыхъ существуетъ непрерывная лѣстница представленій, которыя восходятъ отъ неясныхъ черезъ чувствительно ясныя до проэцированныхъ во внѣ съ чувствительной ясностью, т. е. до настоящихъ „яркихъ" галлюцинацій; что лежитъ въ основѣ этой лѣстницы, мы точно не знаемъ. Не лишено вѣроятности, что содержаніе представленія само по себѣ имѣетъ такую же цѣнность дѣйствительности и возможность проэкціи вовнѣ, какъ и содержаніе воспріятія. Отличіе

---

[1]) Параллельно колебанію въ силѣ патологическаго раздраженія галлюцинаціи аперцепціи могутъ отъ полной чувствительной ясности, уменьшаясь, дойти до степени яркихъ представленій. Многіе авторы, поэтому, обозначаютъ этимъ именемъ и психическія галлюцинаціи, а между тѣмъ послѣднія далеко не всегда имѣютъ отношеніе къ мышленію.

можно тогда видѣть только въ сопровождающихъ психизмахъ: начиная съ дошедшихъ какимъ либо образомъ до сознанія рефлексовъ, вызванныхъ ощущеніемъ, и кончая сложными разсужденіями того больного, которому приходитъ въ голову отдѣлить галлюцинаціи отъ „естественныхъ" воспріятій. У здоровыхъ галлюцинаціи за исключеніемъ сновъ наблюдаются только въ исключительныхъ случаяхъ. Предрасположеніе къ галлюцинаціяхъ создается психозами и отравленіями. Сущность этого предрасположенія намъ неизвѣстна. Содержаніе галлюцинацій, то, что онѣ выражаютъ, почти всегда обусловлено аффективными потребностями. Наряду съ этимъ бываютъ состоянія раздраженія нервной системы, которыя путемъ иллюзій или инымъ образомъ доходятъ до степени галлюцинацій, но своимъ содержаніемъ и независимостью отъ комплексовъ они выдаютъ свои внѣпсихическіе корни (при delirium tremens), или же они вторичнымъ порядкомъ начинаютъ служить комплексамъ (тѣлесныя галлюцинаціи при шизофреніи).

Нѣкоторыя другія различія обмановъ чувствъ. Апперцепціонныя иллюзіи по Kraepelin'у обозначаютъ перетолкованіе воспріятій въ смыслѣ имѣющихся представленій. По моему мнѣнію однако всѣ патологичеекія иллюзіи относятся къ этой категоріи.

Голоса обозначаютъ также словомъ фонемы, Wernicke противоставляетъ ихъ нерѣчевымъ слуховымъ галлюцинаціямъ, акоазмамъ, между тѣмъ Ziehen примѣняетъ послѣднее выраженіе для обозначенія всѣхъ слуховыхъ галлюцинацій.

Отрицательныя галлюцинаціи (не восприниманіе доступнаго нашимъ чувствамъ объекта) рѣдко наблюдаются въ патологіи, но въ гипнозѣ ихъ можно легко вызвать внушеніемъ.

Элементарными галюцинаціями мы называемъ: въ области зрѣнія не оформленныя видѣнія (молніи, искры, частичныя затемнѣнія поля зрѣнія на подобіе облака) а въ области слуха — простые шумы (шумъ, стукъ, стрѣльба). Это часто даже не галлюцинаціи собственно, а периферическія состоянія раздраженія (сѣтчатки, слухового нерва), которыя больные проэцируютъ во внѣ и ложно толкуютъ. Истинныя галлюцинаціи тоже конечно могутъ принять эту форму.

Ретроактивныя галлюцинаціи сюда не относятся, это галлюцинаціи памяти.

Многіе причисляютъ къ галлюцинаторнымъ разстройствамъ также вторичныя ощущенія или синэстезіи, т. е. ту особенность, когда ощущенія одного органа сопровождаются ощущеніями изъ другой области чувства; наиболѣе часто встрѣчается такъ называемый цвѣтной слухъ (ощущеніе цвѣта при слушаніи звуковъ или гласныхъ „фотизмы"). Однако эти вторичныя ощущенія навѣрное не имѣютъ ничего общаго съ галлюцинаціями вообще до сихъ поръ не играютъ никакой роли въ патологіи.

2. Разстройство понятій и представлеиій.

У слѣпыхъ и глухонѣмыхъ отъ рожденія естественно отсутствуютъ соотвѣтственныя чувственныя составныя части понятій. Даже близорукіе должны нѣкоторыя вещи представлять себѣ иначе, чѣмъ люди съ нормальнымъ зрѣніемъ. Нѣкоторые думаютъ, что нельзя вспомнить запаха или вкуса, однако для многихъ людей такія воспоминанія составляютъ часть понятія пищи, цвѣтовъ и т. п. Несомнѣнно, существуютъ большія индивидуальныя различія въ томъ, какое изъ чувствъ занимаетъ первенствующее положеніе. У однихъ главную составную часть ихъ понятій — а слѣдовательно и мышленія — составляютъ зрительныя воспоминанія, у другихъ слуховыя у третьихъ двигательныя. Эти различія имѣютъ значеніе для пато

логіи ограниченныхъ мозговыхъ очаговъ: крайній „зрительный" типъ лишается, благодаря очагу затылочной доли, какъ разъ наиболѣе важной составной части своихъ понятій, и поэтому его психическія функціи пострадаютъ въ этомъ случаѣ гораздо больше, нежели у крайняго „слухового" типа.

Слабоумные отъ рожденія съ большимъ трудомъ могутъ использовать свой опытъ для образованія понятій, такъ какъ они имѣютъ меньше ассоціацій и поэтому не могутъ такъ легко соединять и комбинировать отдѣльныя воспоминанія. Гораздо важнѣе то обстоятельство, что они недостаточно понимаютъ понятія, которыя имъ сообщаютъ другіе люди путемъ рѣчи. Въ этомъ смыслѣ еще хуже обстоитъ дѣло съ глухими, даже если они обладаютъ хорошимъ интеллектомъ. Обѣ эти категоріи людей образуютъ поэтому меньше понятій нежели здоровые, кромѣ того они ихъ неправильно опредѣляютъ, подобно маленькимъ дѣтямъ, которыя могутъ подвести подъ одно понятіе и утку и осу, такъ какъ обѣ летаютъ, зато считаютъ гусеницу и мотылька разными видами животныхъ. Границы понятій у нихъ недостаточны, неясны, нерѣзки, они не отличаютъ напр. „государства" отъ „страны" или даже „воробья" отъ „зяблика".

У идіотовъ конечно чаще встрѣчается и тяжелѣе выражено неумѣніе правильно и достаточно различать понятія, нежели у глухихъ, ибо идіоты не замѣчаютъ малыхъ разницъ, а главное не отличаютъ существеннаго отъ неважнаго. Однако большинство понятій у идіотовъ вовсе не такъ неясны, не только потому, что они образуютъ только простыя понятія, но потому главнымъ образомъ, что не отходятъ далеко отъ воспріятій органовъ чувствъ, мало абстрагируютъ.

Бываютъ правда формы врожденнаго слабоумія, гдѣ существеннымъ симптомомъ является неясность понятій; однако онѣ еще недостаточно изучены. Одинъ эретическій имбециллинъ такъ опредѣлилъ понятіе Kostbarkeit (стоимость): „когда еще наложатъ (накинутъ цѣну), это стоитъ еще дороже". Ср. ниже знахаря съ его закономъ противоположности.

Чѣмъ понятіе сложнѣе и чѣмъ отдаленнѣе его составныя части, тѣмъ менѣе имбециллинъ въ состояніи его образовать или понять (еще можетъ напр. существовать понятіе „семьи", но не „государства"). Неправда, однако, что идіоты и имбециллики не образуютъ абстрактныхъ понятій, они только не образуютъ сложныхъ отвлеченностей и часто абстрагируютъ невѣрно. Низко стоящимъ идіотамъ доступны понятія „отецъ", „мать", но не понятіе „родителей", они могутъ думать: „Гансъ меня побилъ и я побилъ Ганса", однако не могутъ эту обоюдную дѣятельность свести къ одному понятію, „другъ друга".

При этомъ конечно нужно отдѣлить затрудненія въ рѣчи отъ затрудненій въ понятіяхъ. У здоровыхъ это уже не такъ просто. Различія въ складѣ личности, въ воспитаніи и особенно въ расѣ очень велики. Складъ и воспитаніе французовъ таковы, что у нихъ школьникъ можетъ отлично говорить о матеріяхъ, о которыхъ онъ имѣетъ очень недостаточныя понятія. Въ нѣмецкой Швейцаріи съ ея тяжелой манерой выражаться часто переоцѣниваютъ способности

иностранцевъ; у насъ въ клиникѣ практиканты часто ставятъ нѣмцамъ изъ Германіи въ виду того, что они говорятъ бойчѣе, діагнозъ маніи. Настоящіе маніакальные больные производятъ впечатлѣніе бо́льшаго богатства понятій, чѣмъ на самомъ дѣлѣ.

Часто хорошее умѣніе говорить, будь то врожденное или заученное, замаскировываетъ истинные дефекты интеллекта въ обществѣ, въ школѣ, даже на высшихъ экзаменахъ, что лишній разъ доказываетъ, какъ несовершенны эти учрежденія. Эти случаи обозначаютъ именемъ „высшее слабоуміе“ [1]), представители его иногда играютъ большую роль. Извѣстный „цѣлитель силами природы“ (Naturheiler) все сводилъ къ „закону противоположности“, однако не былъ въ состояніи различить понятія „противоположность“ и „различіе“, „сила“ и „раздраженіе“, „здоровье“ и „чувство здоровья“. Въ трудныхъ матеріяхъ такая путаница понятій можетъ случиться и съ очень умнымъ человѣкомъ; столь частыя въ дедуктивныхъ наукахъ „соскальзыванія“ тѣмъ и объясняются большею частью, что два нѣсколько разныя понятія связываются общимъ терминомъ и потомъ считаются за одно.

Такъ напр., можно признать что за свойствами души долженъ крыться и носитель таковыхъ, нѣкое „существо“. Но если изъ понятія „существа“ вывести, что душа точкообразна, внѣ пространства и времени, это будетъ означать, что вмѣсто прежняго понятія „существа“ (= носителю наблюдаемыхъ душевныхъ свойствъ) вдругъ вставлено другое, неизвѣстно откуда взявшееся, про которое еще не доказано, примѣнимо ли оно къ душевнымъ явленіямъ. Отличнымъ примѣромъ „соскальзыванія“ служитъ слѣдующее разсужденіе: ракъ можетъ возникнуть отъ простуды, ибо: всѣ физіологическія реакціи, въ томъ числѣ и ведущія къ раку, облусловливаются „раздраженіемъ“, а холодъ есть „раздраженіе“.

У здоровыхъ, тѣмъ болѣе у больныхъ, символы, т. е. понятія, имѣющія одну или нѣкоторыя одинаковыя составныя части, часто вмѣсто того, чтобы служить только изображеніемъ, подставляются на мѣсто первоначальнаго понятія; это вызываетъ грубыя ошибки мысли (огонь любви представляется, какъ настоящій огонь, или жжетъ больную).

Психозы могутъ очень далеко передвинуть понятія. Для сутяги „право“ это то, что ему удобно; „справедливость“ гипертрофирована у эпилептика, который считаетъ справедливымъ избить смертнымъ боемъ другого больного за то, что тотъ слегка задѣлъ врача.

У многихъ больныхъ бываютъ переживанія, которыхъ здоровые не имѣютъ; для обозначенія ихъ больнымъ приходится создавать новыя понятія: „двойной политехникумъ“ это высокій интеллектъ и обширныя знанія больной въ связи съ вознагражденіемъ, которое ей за это слѣдуетъ; „путь dossier“ — путь галлюцинаторнаго воздѣйствія. Иногда новыя понятія создаются путемъ „сгущенія“, напр. свойства многихъ лицъ сливаются въ одно (явленіе обычное въ снахъ здоровыхъ и въ поэтическихъ изображеніяхъ).

Часто, особенно при dementia praecox, больные мыслятъ понятія неполно, что подаетъ поводъ къ мимолетнымъ замѣнамъ; бочка и обручъ, даже отецъ и мать могутъ не различаться. Больная мыслитъ, какъ о д н у личность мальчика, съ которымъ она въ дѣтствѣ сексу-

---

[1]) См. ниже: Олигофреніи.

ально играла, возлюбленнаго, сообразителя, двухъ врачей больничныхъ, на которыхъ она перенесла свою любовь. Однако, обычно эти разстройства не бываютъ длительными. Когда паралитикъ больше не въ состоянiи осмыслить во всей совокупности сложное понятiе („логариѳмы" или даже „государство"), это является вполнѣ понятнымъ слѣдствiемъ разстройства ассоцiацiй. Д о с и х ъ п о р ъ о д н а к о н е д о к а з а н о у н и ч т о ж е н i е, в ъ с о б с т в е н н о м ъ с м ы с л ѣ э т о г о с л о в а, п о н я т i й п р и п с и х о з а х ъ. Когда больной считаетъ служителя своей сестрой, то это не вслѣдствiе разстройства понятiй, а вслѣдствiе иллюзiи или бредовой идеи.

Сомнительно можно ли считать уничтоженiемъ понятiя, когда мозговой больной „агностикъ" называетъ карманную щетку зубнымъ врачемъ и употребляетъ ее, какъ зубную щетку.[1])

Вообще говоря, аномалiи въ образованiи, сохраненiи и измѣненiи понятiй еще очень недостаточно изучены.

Представленiя бываютъ разстроены постольку поскольку психическiе процессы вообще разстроены. Разстройства воспрiятiй, воспоминанiй и хода мыслей должны вторично привести къ разстройствамъ представленiй. Кромѣ того, бываетъ, что специфическое качество представленiй стушевывается, причемъ представленiя переходятъ въ галлюцинацiи или смѣшиваются съ прежними переживанiями.

3. Разстройства ассоцiацiй и мышленiя.

Общее облегченiе психическихъ процессовъ. Скачка идей.

Даже у здоровыхъ, когда они „хорошо настроены", „вдохновлены", получается иногда впечатлѣнiе, что мыслительный процессъ протекаетъ какъ будто особенно легко. Имъ есть о чемъ поговорить, у нихъ появляются мысли, обычно имъ несвойственныя, особенно шутки, иногда рискованныя. Правда, эти проявленiя далеко не всегда выдерживаютъ критику. Въ. патологiи мы наблюдаемъ это явленiе болѣзненно преувеличеннымъ, часто въ соединенiи съ эйфорiей и повышеннымъ самочувствiемъ; мы называемъ это с к а ч к о й и д е й. При этомъ больше всего бросается въ глаза увеличенная о т в л е к а е м о с т ь, сначала внутренняя, а потомъ и внѣшняя: больные ненормально часто мѣняютъ цѣлевое представленiе, въ тяжелыхъ случаяхъ при каждой новой выраженной или только намѣченной мысли: больной разсказываетъ о поѣздкѣ на Rigi, онъ вспоминаетъ ословъ, на которыхъ тамъ ѣздили до постройки желѣзной дороги, затѣмъ колбасу Salami будто бы изъ ослинаго мяса, Италiю, откуда эту колбасу привозятъ, — и вмѣсто поѣздки на Rigi онъ разсказываетъ про эти постороннiя мелочи. Въ болѣе легкихъ случаяхъ больному удается потомъ вернуться къ первоначальной темѣ, обычно однако онъ перескакиваетъ съ предмета на предметъ и не въ состоянiи довести мысль до конца. За исключенiемъ тяже-

---

[1]) Liepmann. Объ агностическихъ разстройствахъ. Neurol. Centralbl. 1908, стран. 610.

лыхъ случаевъ, когда нельзя услѣдить за рѣчью больного, или когда промежуточныя звенья не произносятся больнымъ вслухъ, обычно можно понять, какимъ образомъ мысль больного отвлекается: побочныя ассоціаціи, которыя бываютъ и у здоровыхъ, но подавляются, занимаютъ больного такъ же сильно, какъ и главная тема.

Усиленная отвлекаемость извнѣ можетъ отсутствовать, однако чаще она бываетъ ясно выражена: всякое впечатлѣніе органовъ чувствъ, которое больной испытываетъ, сейчасъ же вплетается въ его рѣчь: онъ замѣчаетъ цѣночку у врача и начинаетъ говорить объ этомъ, слышитъ звонъ монетъ, начинаетъ говорить о деньгахъ. Эту усиленную отвлекаемость можно трактовать и какъ разстройство вниманія (пониженное упорство и повышенная живость).

Получается впечатлѣніе и субъективно и объективно, что больной, страдающій скачкой идей, мыслитъ быстрѣе. Однако экспериментально не удается доказать правильность этого утвержденія. Напротивъ того, больной короче нормальнаго задерживается на каждой идеѣ, которая поэтому и меньше продумывается.

Итакъ, мышленіе при скачкѣ идей нельзя назвать мышленіемъ безъ цѣли, оно имѣетъ всегда цѣль, но цѣль эта постоянно мѣняется. Мы наблюдаемъ преобладаніе внѣшнихъ. и словесныхъ ассоціацій надъ внутренними; послѣднія соединяютъ идеи по ихъ логической связи (сочиненіе, подчиненіе, причинность, актуальная цѣль мышленія) Мѣсто внутреннихъ ассоціацій занимаютъ случайныя соединенія (Салами, Италія вмѣсто поѣздки на Rigi), или такія, которыя имѣютъ отношеніе не къ смыслу слова, а къ его звуку: риѳмы и составныя слова (Morgenstund. hat Gold im Mund).

Въ сужденіяхъ и умозаключеніяхъ такихъ больныхъ обнаруживается слабость. Правда, временами они могутъ сдѣлать очень мѣткое замѣчаніе и даже сказать правду, которая другимъ не прійдетъ въ голову, или если и прійдетъ, они ее не скажутъ открыто, однако сужденія этихъ больныхъ все же очень поверхностны, односторонни и поспѣшны: къ сужденію привлекаются не всѣ необходимые факторы. Какъ выборъ впечатлѣній и идей, такъ и порядокъ ихъ одинаково неудовлетворительны. Если даже намъ и кажется, иногда, что работа мысли идетъ усиленно, то это объясняется отпаденіемъ тормозящихъ моментовъ, а никакъ не повышенной продуктивностью работы мысли. Здоровый многаго не скажетъ — и не подумаетъ — изъ вниманія къ другимъ или къ себѣ, или изъ за того, что критическое чувство ему не дастъ этого сдѣлать; больной со скачкой идей идетъ на проломъ, сомнѣнія его не смущаютъ или ихъ у него вовсе нѣтъ, онъ не признаетъ „неловкости“.

Иногда, особенно передъ переходомъ въ заторможенное или смѣшанное маніакально-депрессивное состояніе, больные какъ будто фиксируютъ цѣль, однако имъ не хватаетъ логическихъ соединеній; больные могутъ продуцировать только голые ряды именъ людей, мѣстъ, учрежденій, отдѣльныя звенья такой цѣпи часто связаны не только общимъ соподчиненіемъ, но и звуковымъ сходствомъ.

Скачка идей представляетъ собою существенный элементъ маніакальнаго симптомокомплекса. Подобныя же разстройства мыслей наблюдаются при утомленіи и отравленіи (алкоголь). Вѣроятно отдѣльныя формы различаются между собой, но въ чемъ именно, мы не знаемъ.

Скачку идей нельзя считать простымъ ускореніемъ ассоціацій. Liepmann пробовалъ объяснить этотъ симптомъ разстройствомъ вниманія. Это не очень подвинуло вопросъ впередъ, тѣмъ болѣе что съ тѣмъ же правомъ можно наоборотъ разстройство вниманія объяснить скачкой идей. Можетъ быть можно признать удовлетворительнымъ слѣдующее пониманіе процесса: непремѣннымъ условіемъ правильнаго мышленія является торможеніе не относящихся къ темѣ идей въ порядкѣ іерархіи цѣлевыхъ представленій. Сила этого торможенія какъ мы вообще предпологаемъ, невелика У маніакальныхъ же больныхъ особенно легко вызываются интрапсихическія функціи (больные чувствуютъ „приливъ" мыслей), порогъ раздраженія повидимому ниже, соотношеніе торможенія къ функціи перемѣстилось. Сопротивленія, которое создаетъ цѣлевое представленіе, уже недостаточно, чтобы тормозить неотносящіяся къ дѣлу ассоціаціи.

Меланхолическое затрудненіе ассоціацій (заторможеніе).

Въ патологической депрессіи мы наблюдаемъ затрудненіе хода мыслей; намеки на такое явленіе мы встрѣчаемъ и у здоровыхъ, когда они грустны. Совокупность мыслительныхъ процессовъ идетъ медленно и субъективно съ трудомъ. Перемѣна цѣлевого представленія затруднительна, часто невозможна; предпочтеніе отдается одному цѣлевому представленію — именно воображаемому несчастью, отъ этого представленія больной не можетъ освободиться (монидеизмъ). Больные часто сами замѣчаютъ, что у нихъ мало идей, и ощущаютъ, это какъ пустоту и скуку. Идеи, противорѣчащія грустнымъ представленіямъ, съ трудомъ или вовсе не привлекаются къ сужденію; благодаря этому, послѣднее бываетъ неправильно во многихъ отношеніяхъ, легко образуются бредовыя идеи. Иногда, при поверхностномъ взглядѣ больные производятъ впечатлѣніе слабоумныхъ.

Ассоціаціи при органическихъ психозахъ.

При органическихъ психозахъ число одновременно находящихся въ распоряженіи больного понятій уменьшено, что легче всего демонстрировать путемъ счета. Въ то время какъ больные до болѣзни могли напр. производить въ умѣ сложеніе четырехзначныхъ чиселъ, они въ болѣзни могутъ только сложить одно однозначное и одно двузначное (даже если они и не забываютъ задачи). Для органической ограниченности характерно, что выборъ и исключеніе ассоціаціи обусловливается преимущественно аффективностью; тамъ гдѣ дѣло касается влеченій или аффектовъ, первымъ дѣломъ отсутствуютъ ассоціаціи, противорѣчащія представленію. Примѣромъ можетъ служить сенильный больной, раньше онъ могъ быть нравственнымъ человѣкомъ, а теперь онъ, прійдя въ половое возбужденіе, увидитъ въ ребенкѣ только женщину и растлитъ его; паралитикъ крадетъ понравившійся ему предметъ и прячетъ его подъ полу въ присутствіи нѣсколькихъ десятковъ свидѣтелей, другой прыгаетъ изъ высокаго окна внизъ, чтобы достать тамъ окурокъ (Kraepelin). Сенильный больной можетъ превозносить свою мать, какъ святую, и тутъ же, въ другой констелляціи, разсказать про нее всякія гадости.

Это ограниченіе мышленія однимъ пучкомъ идей въ каждый данный моментъ — равносильное попыткѣ оріентироваться въ мірѣ физическихъ явленій черезъ замочное отверстіе — подвергаетъ больныхъ опасности надѣлать глупости; они затѣваютъ дѣла, не учитывая риска, заключаютъ глупые браки и т. п.

Разъ одновременно могутъ стать актуальными только немногія представленія, сочетаніе ихъ въ порядкѣ затрудняется. Больной говоритъ, что онъ родился въ 1872 году, онъ знаетъ, что сейчасъ 1917, однако онъ думаетъ, что 10 лѣтъ тому назадъ ему было 62 года. Онъ вычитаетъ 10 изъ 72, а не изъ своего теперешняго возраста. Возможно что порядковое сочетаніе мыслей страдаетъ и само по себѣ (см. оріентировка).

Ограниченіе ассоціацій проявляется и въ томъ, что больные (особенно сенильные; паралитики и Корсаковскіе не такъ) становятся эгоцентричными, и охотнѣе всего занимаются своимъ собственнымъ благополучіемъ, часто въ очень мелочной формѣ. Однако, они все еще больше другихъ, напр. больше эпилептиковъ, въ состояніи подумать и о другомъ, *поскольку они это могутъ понять*; особенно они могутъ, даже съ преувеличеннымъ аффектомъ, интересоваться своими друзьями и врагами. Въ разговорѣ больнымъ стоитъ усилій перейти съ одной мысли на другую. Даже когда первичное осмышленіе еще довольно недурно, они отвѣчаютъ на вопросъ, если онъ не совсѣмъ относится къ прежней темѣ, только послѣ многократнаго повторенія или все продолжаютъ отвѣчать на прежній вопросъ; часто они еще отвѣчаютъ на вопросъ о званіи, когда съ этимъ вопросомъ уже покончено и больного спрашиваютъ уже о степени его образованія.

Да и вообще больные часто не могутъ избавиться отъ одной какой либо идеи: при ассоціативномъ экспериментѣ они могутъ заладить одну и туже случайную реакцію, при опытахъ съ воспріятіемъ упорно называютъ ручку коровой, потому что передъ этимъ имъ показали изображеніе коровы (*персеверація*).

Время протеканія ассоціацій у органиковъ большею частью замедлено. Особенно у сенильныхъ наблюдаются добавочныя явленія, затрудняющія и замедляющія психическіе процессы: мозговое давленіе и нѣкоторыя другія мало изученныя явленія. Особенно регулярно мы наблюдаемо замедленіе при экспериментальныхъ ассоціаціяхъ; при этомъ однако нѣкоторую роль можетъ играть трудность осмышленія. Эти ассоціаціи аффективно окрашены, близки, содержатъ много повтореній, частью изъ за персевераціи, частью изъ за убожества мысли; ограниченіе реакціи однимъ словомъ удается съ трудомъ или невозможно.

Иногда удается быстро поставить діагнозъ на основаніи ряда послѣдовательныхъ ассоціацій словоохотливыхъ органиковъ, хотя до сихъ поръ не удается точно выдѣлить и описать характерныя черты этихъ ассоціацій. Большею частью мы видимъ медленный ходъ мыслей съ наклонностю къ повтореніямъ; рѣчь отражаетъ сильный аффектъ не только своимъ содержаніемъ, но еще больше тономъ. Часто вся рѣчь не что иное, какъ сплошной плачъ или похвальба, на опредѣленную тему или безъ нея. Аффективное удареніе гораздо лучше, нежели большая подвижность или лучшая интеллектуальная связь, отличаетъ эти изліянія отъ плача депрессивныхъ шизофрени-

ковъ, у которыхъ аффективность въ своихъ внѣшнихъ проявленіяхъ, если они имѣются, всегда обнаруживаетъ опредѣленные признаки натянутостей.

„Милый мой докторъ, какъ я невѣренъ, о Боже въ небѣ сжалься надо мной, Отче въ небесахъ сжалься. Добрый докторъ, помогите мнѣ. Выпустите меня. Отче Небесный не оставь же меня. Я этого не выдержу. Вѣдь я совсѣмъ вѣренъ, Будьте же милосердны. Ахъ, Іисусе, Христе, сжалься надо мной. Я грѣшу во всѣхъ углахъ и концахъ. У меня ложное сужденіе а такъ вѣдь нѣтъ ничего важнаго. Будьте милосердны ко мнѣ грѣшному. О, докторъ, простите меня еще разъ".[1])

Экспериментальныя ассоціаціи[2]) очень характерны въ ясныхъ случаяхъ; если не возникаетъ вопросъ объ эпилепсіи, при которой наблюдаются такія же особенности, то можно по нимъ однимъ поставить діагнозъ. Всѣ реакціи замедлены. Скудость представленій проявляетя очень ясно въ общихъ мѣстахъ и близости реакцій къ опытнымъ словамъ (Reizworte): зеленый — повсюду; зеленый — зелень тамъ на улицѣ. Какъ и у олигофрениковъ большое количество реакцій состоитъ изъ тавтологій, опредѣленій, названій мѣстъ и т. п. Но и эти довольно легко расплываются: семья — что то домашнее. Болѣе образованные стараются замаскировать бѣдность идей словесными ассоціаціями. Стремленіе къ персевераціи часто выступаетъ рѣзко. Аффективиость проявляется во многихъ реакціяхъ, какъ у эпилептиковъ, однако съ меньшей силой, часто въ однихъ восклицаніяхъ: вѣрио — ого! вѣрно; столъ — чертъ возьми. Комплексы выражаются непосредственно безъ процесса вытѣсненія. Эгоцентрическія реакціи часты, у паралитиковъ они кажется носятъ банальный характеръ (плохо — я не знаю ничего плохого), у сенильныхъ характеръ воспоминаній прежнихъ переживаній (гора — я былъ разъ на горѣ Горгенъ, оттуда долженъ былъ итти пѣшкомъ, отъ самыхъ казармъ). Какъ видно изъ этихъ примѣровъ, и органики, у которыхъ болѣзнь дошла до извѣстной степени, больше не въ состояніи реагировать однимъ словомъ; они не умѣютъ изолировать понятіе, они должны сказать цѣлую идею, то что ихъ волнуетъ.

Ассоціаціи при органическихъ состояніяхъ спутанности еще недостаточно изучены. Однако часто удается сквозь спутанность распознать вышеописанный типъ свойственный основному состоянію.

Шизофреническое (сноподобное) разстройство ассоціацій.

Разложенность. (Zerfahrenheit по Kraepelin'у.)

Въ то время какъ при скачкѣ идей и при заторможеніи мышленія, а также при органическомъ разстройствѣ сѣть ассоціативныхъ связей, пріобрѣтенная опытомъ, не расплетается, она при шизофреніи очень ограничивается въ своемъ значеніи. Ни маніакальный, ни здоровый не подумаетъ о современной Италіи, когда имъ назовутъ имя Брута, шизофреникъ пренебрежетъ указаніемъ вѣка, содержащимся въ имени римлянинъ, и назоветъ послѣдняго итальянцемъ, положеніе Египта онъ опредѣлитъ словами: „между Ассиріеи и Конго", игнорируя и тутъ эпоху, и въ то же время онъ затѣйливо замѣняетъ простое обозначеніе („сѣверовостокъ Африки") очень замысловатымъ.

Въ нижеслѣдующихъ двухъ образчикахъ, отсутствуетъ ясное цѣлевое представленіе, однако больные держатся почти цѣликомъ въ предѣлахъ случайной темы изъ древней исторіи (resp. Востока). Отдѣльныя ассоціаціи случайны, или же вызваны звукоподобіемъ или другими чуждыми здоровому человѣку отношеніями. Отличіе отъ скачки идей заключается въ томъ, что въ послѣдней здоровый

---

[1]) Wernicke, Психіатрія стр. 384. Thieme, Leipzig, 1900.

[2]) Brunnschweiler, Объ ассоціаціяхъ у органически слабоумныхъ Диссерт. Zürich, 1912.

человѣкъ можетъ понимать отдѣльныя звенья цѣпи идей, а въ шизофреническомъ ходѣ мыслей онъ многихъ звеньевъ вовсе не понимаетъ, или они будутъ столь чудны, что никогда бы ему не пришли въ голову.

„Эпаминондъ былъ таковъ, что особенно былъ могущественъ на сушѣ и водѣ. Онъ велъ большіе морскіе маневры и открытыя морскія сраженія противъ Пелопида. однако былъ во второй Пунической войнѣ разбитъ на голову вслѣдствіе неудачи броненоснаго фрегата Онъ на корабляхъ перекочевалъ изъ Афинъ въ Гаинъ Мамре, привезъ туда каледонскіе виноградъ и гранатныя яблоки и одолѣлъ бедуиновъ. Онъ осадилъ Акрополь канонерскими лодками и сжегъ персидскій гарнизонъ въ качествѣ живыхъ факеловъ. Слѣдующій папа Григорій VII—э—Неронъ послѣдовалъ его примѣру и черезъ посредство Друидовъ сжегъ въ День Св. Тѣла въ честь бога солнца Ваала всѣхъ афинянъ всѣ романо-германо-кельтскія поколѣнія, которыя не занимали благопріятной позиціи по отношенію къ жрецамъ. Эго періодъ каменнаго вѣка. (Стенограмма).

Цвѣтущій періодъ для садовода.

Во время новолунія Венера стоитъ въ августовскомъ небѣ Египта и освѣщаетъ своими свѣтовыми лучами гавани купеческихъ путей Суецъ, Каиръ и Александрію. Въ этомъ историческн знаменитомъ городѣ калифовъ находится музей ассирійскихъ памятниковъ Македоніи. Тамъ растутъ наряду съ Писанъ, колонны маиса, овесъ, клеверъ, и ячмень, также бананы, фиги, лимоны, апельсины и маслины. Масличное масло это арабскій ликеръ соусъ, посредствомъ котораго афганцы, мавры и мусульмане занимаются разведеніемъ улицъ. Индійскій Пизаигъ это Whiyski парсовъ и арабовъ. Парсъ или кавказецъ обладаетъ точной такой же силой вліянія на своего слона, какъ мавръ на своего дромедара. Верблюдъ это спортъ евреевъ и индусовъ. Въ Индіи великолѣпно растетъ ячмень, рисъ и сахарный тростникъ, т. е. артишокъ (Zuckerstock—Artischock). Браманы живутъ въ ящикахъ на Беладжистанѣ. Черкесы населяютъ Манчжурію Китая. Китай Эльдорадо павна. („Письмо" шизофреника).

Иногда ассоціаціи связываются съ внѣшними случайными моментами даже, если нѣтъ ни малѣйшей внутренней связи. Больной объясняетъ, что онъ сдѣлалъ нападеніе потому, что служитель носилъ бѣлый халатъ, ибо, когда больного спрашивали, служитель въ халатѣ какъ разъ стоялъ при этомъ.

Очень нерѣдко новыя мысли всплываютъ безъ всякой связи съ предыдущими, больные ихъ считаютъ „наитіемъ" или вовсе не замѣчаютъ ихъ ненормальности Если такое явленіе часто повторяется, мысли идутъ въ разбродъ и въ концѣ концовъ связность мышленія теряется: отдѣльныя мысли въ глазахъ наблюдателя — а часто и самого больного — совершенно между собой не связаны, нерѣдко дѣло вообще не доходитъ до образованія настоящей мысли: отдѣльныя понятія безъ всякой логической связи нанизываются другъ на друга (см. ниже „Спутанность"; подробнѣе о шизофреническомъ мышленіи см. въ главѣ: Шизофренія: сгущенія, перемѣщенія, символы).

Оторванность ассоціаціи отъ данныхъ опыта въ высокой степени облегчаетъ аутистическое мышленіе, которое въ сущности основано на игнорированіи дѣйствительныхъ соотношеній. Не считаясь ни съ логическими, ни съ реальными возможностями, больной придаетъ малѣйшимъ желаніямъ и опасеніямъ субъективную реальность бреда; самыя неожиданныя побочныя ассоціаціи, туманныя аналогіи и случайная связь опредѣляютъ ходъ мыслей, при чемъ въ состояніи сна съ его полнымъ отдѣленіемъ отъ внѣшняго міра

этотъ процессъ вовсе не знаетъ предѣловъ, а при шизофреніи онъ нескладно перемѣшанъ съ вѣрными реалистичными директивами.

При шизофреніи наблюдаются также различныя разстройства теченія мыслей. Особенно важны задержки (Sperrung): ходъ мыслей вдругъ пріостанавливается, на нѣсколько секундъ и даже дней („мысль отнялась“). Часто, когда задержка проходитъ, появляется новая мысль, не имѣющая ничего общаго съ мыслью, бывшей передъ задержкой.

Очень важно отличать задержку (Sperrung) отъ заторможенія (Hemmung), послѣднее указываетъ на депрессію, а первая на шизофренію (оговорку см. ниже), однако внѣшне эти два симптома очень похожи другъ на друга.

При высокой степени разстройства реакція при обѣихъ аномаліяхъ сходитъ на нѣтъ почти. Но даже, когда больной съ задержкой пробуетъ отвѣтить, видно — особенно въ острыхъ случаяхъ — по движеніямъ, что задержки преодолѣваются лишь при извѣстномъ постоянномъ напряженіи: больной въ состояніи дѣлать только безсильныя, медленныя движенія и произносить шопотомъ слова.[1] Однако, большею частью, можно отличить эти оба разстройства другъ отъ друга: при задержкѣ, разъ только она прорвется, больные могутъ реагировать такъ же быстро и сильно, какъ здоровые; между тѣмъ у заторможенныхъ все еще видно, какъ трудно имъ даются движенія. Если различіе не выступаетъ ясно при произвольной рѣчи, можно заставить больного сосчитать быстро до 20 или быстро вертѣть кистями рукъ.

Депрессивное заторможеніе можно сравнить съ замедленіемъ движенія жидкости въ системѣ трубъ вслѣдствіе возрастающаго сцѣпленія, задержку же нужно приравнять къ остановкѣ жидкости вслѣдствіе закрытія крана при сохраненной подвижности. Kraepelin сравниваетъ заторможеніе съ ходомъ несмазаннаго часового механизма, задержку — со вставленнымъ въ колеса препятствіемъ. Я потому не пользуюсь этимъ сравненіемъ, что у больныхъ это включенное препятствіе не внѣшняго происхожденія, у нихъ это соотвѣтствуетъ физіологическому механизму, которымъ они патологически злоупотребляютъ.

Задержка представляетъ внезапную остановку психическихъ процессовъ подъ вліяніемъ дѣйствія аффекта; сама по себѣ она не патологична. И у здоровыхъ нѣкоторые аффекты могутъ остановить и мысль, и движеніе („экзаменный ступоръ“, „аффективный ступоръ“). Поэтому мы можемъ встрѣтить ясно выраженную задержку у всѣхъ нервныхъ людей, особенно у истеричныхъ. Тамъ, гдѣ она психологически обоснована неудовлетворительно или обобщается, или слишкомъ долго продолжается, тамъ мы имѣемъ право на основаніи этого симптома поставить діагнозъ шизофреніи.

---

[1]) Повидимому, въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло не съ простыми задержками, а съ комбинаціей задержки съ еще однимъ, третьемъ видомъ затрудненія психичеекихъ процессовъ, еще до сихъ поръ точно ие выдѣленнымъ (процессы набуханія въ мозгу и т. п.)

Въ нервной физіологіи такое прекращеніе одной функціи отъ воздѣйствія другой называютъ „Hemmung", въ психопатологіи же исторически сложилось, что этотъ терминъ обозначетъ совершенно другое понятіе, именно общее затрудненіе хода мыслей при меланхолическихъ состояніяхъ. Существуютъ и другіе виды общаго затрудненія психическихъ процессовъ, для которыхъ у насъ нѣтъ особыхъ названій, такъ какъ мы ихъ еще мало знаемъ. Многіе называютъ ихъ согласно производящей причинѣ: шизофреническое набуханіе мозга, мозговое давленіе вообще говоря, отравленіе, эпилептическое разстройство, мозговой торпоръ. Съ другой стороны, нѣкоторые употребляютъ терминъ „Hemmung" примѣнительно къ моральному чувству; другіе выражаются напр., что психозъ или алкоголь уничтожаютъ задержку неправильныхъ дѣйствій. Тутъ терминъ этотъ по своему значенію приближается къ физіологическому.[1])

По внѣшности противоположный симптомъ составляетъ „приливъ мыслей", больные его чувствуютъ, имъ кажется, что они принуждены думать. Субъективно имъ представляется, что у нихъ мысли съ богатымъ и разнообразнымъ содержаніемъ, что ихъ мышленіе подвигается впередъ. Однако, если присмотрѣться поближе, мы вынесемъ впечатлѣніе, что больные почти всегда должны думать однѣ и тѣ же идеи. Обычно съ приливомъ мыслей связано непріятное чувство напряженія. Чувство активности можетъ отсутствовать, что то „думаетъ" въ больномъ, или же мысли ему навязываются.

Отъ навязчивыхъ идей приливъ мыслей отличается тѣмъ, что навязчивость при первыхъ относится больше къ содержанію, а у послѣдняго къ самому процессу. „Навязчивый" больной не можетъ отдѣлаться отъ страха, отъ влеченія. При шизофреніи, однако, самая функція мышленія ощущается, какъ автоматизмъ, какъ принужденіе, совершенно независимо отъ содержанія, которое въ принципѣ можетъ мѣняться любымъ образомъ.

Кромѣ этого, мысли могутъ иногда протекать слишкомъ быстро, какъ при скачкѣ идей, или же могутъ быть заторможены. Такого рода осложненія естественно наблюдаются какъ правило тогда, когда — какъ это часто бываетъ — на почвѣ шизофреніи появляются маніакальныя и меланхолическія состоянія. Въ такихъ случаяхъ получается смѣсь скачки идей или депрессивнаго заторможенія со специфическимъ разстройствомъ ассоціаціи. Шизофреникъ, не обращающій вниманія на цѣль мышленія, часто можетъ проявить отдѣльные симптомы, не отличающіеся отъ скачки идеи, особенно въ видѣ словесныхъ ассоціацій. Заторможеніе иногда даетъ поводъ къ смѣшенію съ короткими ассоціаціями, которыя уже относятся большею частью непосредственно къ шизофреніи; явленіе это состоитъ въ томъ, что количество имѣющихся въ распоряженіи понятій уменьшено и ходъ мыслей всегда завершенъ, очень коротокъ.

Это обнаруживается одинаково и при важныхъ, и при побочныхъ идеяхъ: больной долженъ пересказать басню, дѣлаетъ первый шагъ, дальше дѣло не

---

[1]) Изложеніе автора имѣетъ въ виду нѣмецкое слово „Hemmung", которое обозначаетъ въ нѣмецкой терминологіи и заторможеніе психическихъ процессовъ при меланхоліи и задерживающіе механизмы физіологическаго свойства. Въ русской научной терминологіи терминъ заторможеніе (Hemmung) для обозначенія депрессивныхъ процессовъ прочно привился, и потому терминъ „Sperrung" приходится перевести „задержка". А. Р.

идетъ безъ новаго толчка. Онъ долженъ разсказать оро свой разводъ, сначала онъ можетъ сказать только: я разведенъ. (Почему?) Она ушла отъ меня. (Почему?) Мы не ладили. (Почему?) Изъ за ребенка и т. д.

Нужно отличать болѣзненно короткія ассоціаціи отъ очень похожаго по внѣшности явленія, которое наблюдается у людей, не желающихъ отвѣчать на вопросы.

У шизофрениковъ мы иногда находимъ особый видъ персеверацiи; ея специфическія особенности еще не поддаются точному описанію; нужно думать, что она отличается отъ другихъ формъ. Случайные психическіе процессы, мысли и дѣйствія могутъ стереотипно повторяться; больной думаетъ и говоритъ одну и ту же мысль во всѣхъ варіантахъ и сочетаніяхъ, „гоняетъ ее до смерти"; аффективные комплексы чаще всего обусловливаютъ стереотипныя привычки (см. стереотипіи).

Гипотетически можно вывести изъ одного корня и шизофреническое и сноподобное разстройство ассоціацій: нужно думать, что требуется извѣстная сила, чтобы держать ассоціаціи на надлежащихъ путяхъ, это слѣдуетъ изъ того, что во снѣ и при разстройствѣ вниманія онѣ уклоняются въ стороны. Возможно, что эта сила, „включательное напряженіе" (Schaltspannung) ослабляется или тормозится въ своемъ дѣйствіи шизофреническимъ основнымъ процессомъ.[1])

Ассоціаціи олигофрениковъ.

Ходъ мыслей у имбецилликовъ и идіотовъ ограниченъ. Въ противоположность органическому запустѣнію здѣсь выборъ уменьшеннаго мыслительнаго матеріала не обусловливается цѣлевымъ представленіемъ, здѣсь отсутствуютъ идеи, далеко лежащія, не имѣющія непосредственной основы въ впечатлѣніяхъ органовъ чувствъ, болѣе сложныя и болѣе рѣдкія. Имбецилликъ не забываетъ, что можно только расшибиться, если выскочить изъ высокаго окна; но онъ полѣзетъ на заборъ, крѣпость котораго онъ не въ состояніи оцѣнить, и такимъ образомъ разобьется. Wernicke описываетъ имбециллика, который ѣхалъ на телѣгѣ, телѣга наскочила на камень и дальше не шла. Вмѣсто того, чтобы объѣхать препятствіе, онъ стегнулъ лошадей; вѣдь это обычный пріемъ взяться за кнутъ, когда телѣга не идетъ, гораздо рѣже случается наѣхать посреди улицы на препятствіе. — Особенно близки и часто вызываются идеи, относящіяся къ Я. Онѣ принадлежатъ къ числу наиболѣе легкихъ, и потому у имбецилликевъ возникаетъ своего рода эгоцентризмъ, который еще усиливается отсутствіемъ пониманія того, что касается другихъ. Подробнѣе см. главу объ Олигофреніи.

Ассоціаціи эпилептиковъ.

У эпилептиковъ по вполнѣ понятнымъ причинамъ (сопутствующая врожденная слабость ума плюсъ атрофія мозга) мы иногда находимъ такія же разстройства, какъ и у имбецилликовъ и органиковъ, но наряду съ этимъ и специфическія эпилептическія черты; онѣ настолько характерны, что въ болѣе выраженныхъ слу-

---

[1]) Bleuler, Разстройство напряженія ассоціацій, элементарный симптомъ шизофреніи. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1918, стр. 1.

чаяхъ по нимъ однимъ можно поставить діагнозъ. Все же отличіе отъ органиковъ еще точно не выяснено. Отчетливѣе всего разстройство выступаетъ при экспериментальныхъ ассоціаціяхъ: медленное теченіе, неумѣніе отвѣтить однимъ словомъ, частое употребленіе цѣлыхъ предложеній, не точныхъ, изобилующихъ особенными оборотами и выраженіями, убогое содержаніе (тавтологіи, ничего не говорящія опредѣленія и т. п.), много аффективныхъ выраженій, въ томъ числѣ оцѣнка (хорошо, красиво, правильно, нужно, затѣмъ мораль), персеверація (больной не столько задерживается непосредственно на одной реакціи, столько охотно употребляетъ по многу разъ однажды сказанное слово, оборотъ). Весь кругозоръ постепенно суживается вокругъ собственнаго Я.

Примѣры: Скудость идей выражается между прочимъ въ ничего не говорящихъ ассоціаціяхъ, грамматическомъ расширеніи словъ, тавтологіяхъ и т. д.:

длинный — не короткій,
милый — что нравится, то и мило,
сердце — люди,
удары — люди,
жертва — бываютъ всякія жертвы,
удивленіе — удивляться.

Эгоцентрическія отношенія:

желаніе — здоровье,
естественно — хочется лучше быть здоровымъ, нежели больнымъ.

Чувственный тонъ и аффективная оцѣнка:

зеленоватый — красивый цвѣтъ,
сладкій — хорошо,
разводъ — не красиво,
молодость — радость,
бить — бить плохихъ людей.

Нескладныя и неясныя обстоятельныя выраженія:

счастье — радостно или въ этомъ родѣ[1],
гнѣвъ — человѣкъ гнѣвенъ[1]),
цвѣтокъ — цвѣты являются украшеніемъ оконъ въ жилищахъ людей, не правда ли?[2])
острый — острое можно сдѣлать; то, что дѣлаютъ въ магазинѣ, когда дѣлаютъ камень или вообще что нибудь[2]) (больной хотѣлъ сказать, что то въ родѣ: „острый камень").

И въ произвольной рѣчи замѣчается своего рода персеверація, больнымъ трудно отдѣлаться отъ какой нибудь одной мысли. Они буквально повторяются, говорятъ тавтологіи, употребляютъ очень обстоятельныя выраженія, приводятъ массу деталей и мелочей, однако не теряютъ изъ виду цѣль, ихъ не собьешь съ этого извилистаго пути даже если попросить перейти къ дѣлу, да и вообще отвлекаемость эпилептиковъ ненормально мала. Обстоятельность мышленія отражается иногда и на ихъ дѣйствіяхъ и на всемъ поведеніи.

Здоровый садится, такъ сказать, сразу, эпилептикъ долженъ спеціально приладить стулъ, затѣмъ онъ осмотритъ свое положеніе по отношенію къ стулу, затѣмъ онъ займетъ нужную позицію, оправитъ спеціально платье напр. полы сюртука и наконецъ онъ усядется.

---

[1]) Fuhrmann, Анализъ матеріала представленій. Диссерт. Giessen, 1902.

[2]) Holzinger, Ассоціаціонные эксперименты при эпилепсіи. Диссерт. Erlangen, 1908.

Въ рѣчи наблюдается моментами нерѣшительность, застряваніе; часто при этомъ больные повторяютъ нѣсколько разъ одинъ и тотъ же слогъ, послѣ чего продолжаютъ дальше говорить. Симптомъ это видимо отражаетъ нерѣшительность хода мыслей, подобно машинѣ, въ которую попала смола: машина то остановится на нѣкоторое время, то опять пойдетъ.

Интенсивность этихъ симптомовъ въ общемъ параллельна степени слабоумія, однако она мѣняется у одного и того же больного и особенно рѣзка послѣ припадковъ и во время сумеречныхъ состояній.

Тотъ плюсъ симптомовъ, который даютъ сумеречныя состоянія, еще недостаточно охарактеризованъ. Иногда наблюдается по существу колоссальное преувеличеніе описанныхъ симптомовъ, въ другихъ случаяхъ прибавляется повидимому что то новое, что неправильно обозначаютъ словомъ „несвязность" (Inkohärenz).

Ассоціаціи при истеріи.

При истеріи ассоціаціи опредѣленнымъ образомъ находятся подъ вліяніемъ аффектовъ. Уже въ обычномъ состояніи экспериментально обнаруживаются неравномѣрное, иногда даже въ высокой степени, замедленное время реакцій, иногда полная невозможность дать отвѣтъ, поверхностное содержаніе ассоціаціи и кромѣ того сильно выраженное отклоненіе стрѣлки въ психогальваническомъ опытѣ.[1] Особенно затуманиваютъ логику актуальные аффекты; сегодня возносится до небесъ то, что назавтра будетъ съ такой же убѣдительностью рисоваться въ самыхъ черныхъ краскахъ. Въ истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ дѣйствительность систематически выключается, на ея мѣсто создается подобно сну другой міръ, для чего служатъ искаженіе логики и обманы чувствъ.

Ассоціаціи неврастениковъ.

Неврастеники въ экспериментѣ поразительно часто отвѣчаютъ на слово, а не на его смыслъ, подобно людямъ съ острымъ истощеніемъ; въ остальномъ ихъ ассоціаціи еще недостаточно изучены; ихъ столь же трудно подвести подъ одну точку зрѣнія, какъ и болѣзни, которыя обозначаютъ этимъ именемъ.

Ассоціаціи параноиковъ

поскольку онѣ патологичны, носятъ характеръ кататимическій, т. е. онѣ представляютъ характерныя отклоненія только тогда, когда затрагиваются аффективно окрашенные комплексы, лежащіе въ основѣ бредовой системы; многое неправильно связывается съ этой системой: имѣется на лицо ассоціативная готовность для данныхъ впечатлѣній, все относится къ самому себѣ, для логическихъ операцій привлекается неподходящій матеріалъ, не обращается вниманіе на противорѣчія, неправильная оцѣнка матеріала. — Гдѣ не впутываются бредовыя идеи, мышленіе повидимому нормально.

---

[1]) т. е. уменьшеніе электрическаго сопротивленія кожи при аффектѣ.

Другія разстройства ассоціацій.

Кромѣ описанныхъ разстройствъ ассоціацій, характерныхъ для опредѣленныхъ болѣзней или состояній, наблюдаются и другія, которыхъ мы еще какъ слѣдуетъ не знаемъ. Они лежатъ въ основѣ бредовыхъ, сопорозныхъ, и многихъ спутанныхъ сумеречныхъ состояній при лихорадкѣ, внутреннихъ и внѣшнихъ отравленіяхъ, при всевозможныхъ мозговыхъ заболѣваніяхъ и т. п.

И внѣ шизофреніи наблюдаются болѣзненно короткія ассоціаціи: мысли у больного всегда готовы, будь то свои или чужія, внушенныя вопросомъ или внѣшнимъ вліяніемъ; дальнѣйшее развитіе мысли ему не приходитъ въ голову, хотя бы это и нужно было, напр. когда онъ могъ бы что нибудь разсказать (это наблюдается и при отсутствіи задержки или меланхолическаго заторможенія). Подобныя короткія ассоціаціи мы видимъ, кромѣ нѣкоторыхъ состояній оглушенности при шизофреніи, также при органическихъ психозахъ, въ эпилептическихъ исключительныхъ состояніяхъ, въ легкомъ сопорѣ разнаго рода.

Кромѣ депрессивнаго заторможенія монидеизмъ можетъ возникнуть также вслѣдствіе совершенно другихъ причинъ, такъ напр. въ сумеречныхъ состояніяхъ, когда больного систематически занимаетъ только одна идея (напр. поджечь) и нѣтъ представленія о причинахъ и послѣдствіяхъ дѣйствія; затѣмъ въ бреду отъ легкаго сотрясенія мозга, когда случайное, часто недостаточно ясное представленіе всецѣло все время поглощаетъ больного, и его не удается никакъ отвлечь. Понятно само собою, что въ такихъ случаяхъ монидеизмъ представляетъ явленіе совершенно другого порядка, нежели при заторможеніи.

Упомянутыя выше разстройства при мозговомъ давленіи, отравленіяхъ и т. д. еще не достаточно извѣстны.

„Спутанность".

Спутанность не есть единое разстройство ассоціаціи, подобно описаннымъ раньше, но является выраженіемъ различныхъ аномалій мышленія, достигшихъ высшей степени развитія. Спутанность это не единый симптомъ и не опредѣленная картина болѣзни, она можетъ быть вызвана разстройствами, выходящими за предѣлы понятія ассоціацій (см. ниже: галлюцинаторная спутанность).

Изъ знакомыхъ намъ разстройствъ ассоціацій легче всего, естественно, ведетъ къ спутанности шизофреническое, такъ какъ она по существу своему стремится разорвать связь между мыслями (zerfahrene Verwirrtheit по Kraepelin'у). Въ острыхъ шизофреническихъ состояніяхъ случается, что не только мысли спутываются, но еще появляется разстройство оріентировки вслѣдствіе того, что уже первыя ассоціаціи, присоединяющіяся къ ощущеніямъ чувствъ неправильны. Движенія тоже не соотвѣтствуютъ мыслямъ, ихъ координація можетъ даже разстроиться; съ этимъ иногда бываютъ связаны парамимическія и паратимическія движенія.

Къ шизофренической спутанности непосредственно примыкаетъ сноподобная спутанность бредовыхъ состояній; по Kraepelin'у ее можно характеризовать разстройствомъ осмышленія, воспріятія быстро угасаютъ, съ

яркостью чувства всплываютъ составныя части представленій, изъ нихъ разыгрываются пестрыя причудливыя переживанія, противорѣчивость которыхъ больной не осмышляетъ. Форма эта недостаточно извѣстна и вѣроятно впослѣдствіи распадется на многія другія.

Kraepelin выдѣляетъ также комбинаторную спутанность, когда внезапно навалипается столько представленій, что больной не въ состояніи ихъ одолѣть и привести въ порядокъ. Въ общемъ эти идеи впослѣдствіи выкристаллизовываются въ видѣ длительныхъ бредовыхъ образованій. Съ нашей точки зрѣнія это одна изъ формъ шизофренической спутанности (впрочемъ сюда могли бы войти и нѣкоторыя маніакальныя состоянія).

Нѣкоторые авторы различаютъ галлюцинаторную спутанность[1]), когда массовый наплывъ безсвязныхъ галлюцинацій совершенно разстраиваетъ оріентировку, мышленіе и дѣйствіе. Однако, такая безсвязность галлюцинацій сама по себѣ уже является слѣдствіемъ какого то распада[2]) ассоціацій; кромѣ того, точное отдѣленіе этой формы спутанности отъ предыдущей и отъ нижеслѣдующей невозможно.

Ступорозная спутанность возникаетъ тогда, когда затрудненное почему либо мышленіе мѣшаетъ переработкѣ внѣшнихъ впечатлѣній и реакціямъ. При этомъ часто бываютъ галлюцинаціи. Наибольшая въ численномъ отношеніи часть этихъ формъ приходится на долю шизофреніи.

Въ рѣдкихъ случаяхъ поводъ къ такого рода спутанности можетъ дать и меланхолическое заторможеніе, когда больной не въ состояніи переработать и понять быстро слѣдующія другъ за другомъ впечатлѣнія и мыслительныя задачи. Эта форма по сути своей быстро проходитъ.

Органическая спутанность можетъ возникнуть вслѣдствіе замедленія и ограниченія ассоціацій при прогр. параличѣ и старческихъ психозахъ. Однако при этихъ болѣзняхъ болѣе тяжелыя и болѣе частыя формы спутанности имѣютъ другое происхожденіе (они особенно наблюдаются при прогрессирующихъ, хотя бы и мѣстныхъ процессахъ. напр. при размягченіяхъ) или же являются частнымъ симптомомъ сумеречнаго состоянія.

Временами скачка идей можетъ довести до спутанности; нужно имѣть въ виду возможность смѣшенія съ шизофреническимъ разстройствомъ ассоціацій, осложненнымъ скачкой идей; затѣмъ, какъ извѣстно, сильныя колебанія аффекта могутъ и у здоровыхъ и у больныхъ привести къ аффективной спутанности.

Выраженія безсвязность (Inkohärenz) и диссоціація, которыми часто называютъ спутанное мышленіе, больше всего подходятъ для шизофреническаго разстройства ассоціацій, однако ничего характернаго эти термины не обозначаютъ. Безсвязностью можно назвать любое недостаточно связное мышленіе, особенно если имѣть въ виду послѣдовательное чередованіе; хотя можно относить это и къ различнымъ цѣлевымъ мыслямъ. Слово диссоціація тоже имѣетъ въ виду подобныя явленія, и было бы вообще говоря вполнѣ подходящимъ терминомъ, но приходится его избѣгать, такъ какъ имъ до сихъ поръ обозначали и обозначаютъ разнообразныя формы неудовлетворительнаго мышленія. Нельзя валить въ одну кучу и шизофреника, когда онъ расчленяетъ связанныя между собою понятія и соединяетъ ихъ съ другими сюда не относящимися, и паралитика, который можетъ забыть, что онъ парализованъ, и вдругъ собраться бѣгать на перегонки, или другого паралитика, который берется рисовать внѣшній видъ поѣзда и рисуетъ пассажировъ на скамейкахъ, хотя это уже внутренній видъ вагона.

Витіеватость и обстоятельность.

При разборѣ ассоціацій эпилептиковъ мы упомянули витіеватость и обстоятельность.[3]) Этотъ симптомъ можетъ

---

[1]) Ее иногда приравниваютъ къ аменціи.

[2]) Я поэтому не придаю большого значенія раздѣленію спутанности на первичную и вторичную.

[3]) Два понятія, не идентичныя, но въ значительной мѣрѣ совпадающія.

возникнуть и на почвѣ другого страданія и вообще имѣетъ много корней. Пока больной, несмотря на скачку идей еще можетъ вернуться къ главной темѣ, его можно считать обстоятельнымъ, такъ какъ онъ расписываетъ всякія ненужныя детали и мелочи. Часто при начинающей маніи первой бросается въ глаза витіеватость. — Имбециллик ъ обстоятеленъ, такъ какъ онъ не въ состояніи отличить важное отъ неважнаго и поэтому онъ одинаково обстоятельно излагаетъ и суть дѣла и всякія мелочи. Тавтологіи и повторенія, характеризующія обстоятельное мышленіе эпилептика, отсутствуютъ обычно у имбецилликовъ и у маніакальныхъ. Какъ извѣстно, и старческіе больные дѣлаются обстоятельными, отчасто потому, что мысль не въ состояніи отойти отъ проторенныхъ путей, а больше оттого, что живость аффекта и узость ассоціацій ограничиваютъ кругозоръ, и мелочи кажутся больному столь же важными, какъ и суть дѣла. Можетъ быть однако, что существуютъ и другія, неизвѣстныя намъ причины старческой обстоятельности.

Иногда чувство неувѣренности влечетъ за собою обстоятельность, такъ какъ оно побуждаетъ вводить въ рѣчь всевозможныя оговорки и поправки. Эта форма можетъ наблюдаться въ самыхъ разнообразныхъ состояніяхъ. Иногда она служитъ для отсрочки нежелательнаго рѣшенія.

Автохтонныя идеи, неотвязныя идеи, навязчивыя идеи (навязчивые поступки).

Понятіе автохтонныхъ идей, извѣстное и раньше, правда безъ особаго термина, разработано точнѣе Wernicke, но не получило большого признанія. У здороваго человѣка могутъ нѣтъ нѣтъ, да появиться идеи, происхожденіе которыхъ необъяснимо, однако въ патологической формѣ этотъ симптомъ относится всецѣло къ шизофреніи: безъ всякой видимой связи съ актуальнымъ содержаніемъ идей, у больного появляется вдругъ какая нибудь идея, большею частью хорошо формулированная въ словахъ. Иногда больной, вопреки неправильному содержанію, все таки считаетъ вѣрной эту мысль, тогда это будетъ („примордіальной") бредовой идеей; если же онъ относится къ ней критически, это будетъ автохтонной идеей. Во всякомъ случаѣ, больной чувствуетъ эту идею какъ нѣчто чуждое и поэтому склоненъ приписать ее внѣшнему воздѣйствію.

Неотвязными мы называемъ идеи, которыя назойливо выдвигаются впередъ; большею частью это воспоминанія аффективныхъ переживаній; разница отъ автохтонныхъ идей та, что онѣ не ощущаются, какъ неправильныя. Онѣ цѣликомъ сростаются съ личностью и отличаются отъ обыкновенныхъ аффективно окрашенныхъ идей тѣмъ, что отъ нихъ нельзя отвязаться и что онѣ склонны ассоціировать новыя переживанія. Сами по себѣ, онѣ по Wernicke не является бредовыми идеями, но благодаря болѣзненному отношенію могутъ дать поводъ къ бредовымъ идеямъ [1]) Это кататимическія идеи; согласно обычному пониманію онѣ являются единственнымъ симптомомъ у лицъ, которыя помимо этого сошли бы за здоровыхъ; однако Ziehen называетъ неотвязными и навязчивыя представленія и нѣкоторыя очень назойливыя бредовыя идеи. Понятіе неотвязныхъ идей воскрешаетъ вопросъ о существованіи мономаній, который уже полвѣка казался рѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ.

---

[1]) Я не могу усмотрѣть разницы между бредовыми идеями и такими неотвязными идеями, которыя противорѣчатъ дѣйствительности и все же считаются вѣрными; во всякомъ случаѣ между ними нѣтъ опредѣленной границы; такъ Wernicke называетъ неотвязными идеи сутяги (по его мнѣнію частично душевно больного, по нашему параноика), — мы же называемъ ихъ бредовыми идеями.

Правда, теперь вопросъ ставится въ иной, болѣе понятной формѣ: можетъ ли внѣшняя причина — безразлично, имѣется ли предрасположеніе или нѣтъ — если она очень сильна, вызвать бредовыя идеи въ психикѣ, не больной въ собственномъ смыслѣ слова? Я на этотъ вопросъ отвѣтилъ бы утвердительно. Только когда эти „неотвязныя идеи" начинаютъ расширяться, рѣчь можетъ итти о настоящемъ психозѣ (ср. „Вѣру" съ одной стороны и параною съ другой) [1])

Навязчивыми идеями, навязчивыми представленіями мы называемъ идеи, которыя — при наличіи внѣшняго повода или безъ него — назойливо навязываются больному противъ его воли[2]) при условіи, что больной — за исключеніемъ состоянія сильнаго аффекта — считаетъ ихъ содержаніе неправильнымъ. Однако несмотря на это онѣ не являются чуждыми личности, которая ощущаетъ ихъ, какъ результатъ своего мышленія. Онѣ удивительно однообразны, ихъ можно подраздѣлить на 4 группы: нѣкоторые люди должны постоянно задавать себѣ вопросы, то глупобанальные (почему у стула 4 ноги?), то о неразрѣшимыхъ конечныхъ проблемахъ (что было до сотворенія міра?), то религіознаго свойства (почему Богъ мужчина? какимъ образомъ возможно непорочное зачатіе?), то сексуальнаго характера, что проскальзываетъ и въ предыдущихъ вопросахъ („самокопаніе"). Иногда это представленія мнительнаго характера (спичка не погасла, дверь не заперта). Больной не можетъ отправить письма, такъ какъ, несмотря на частую провѣрку, онъ все еще не убѣжденъ, что конвертъ правильный, что нѣтъ серьезныхъ ошибокъ; онъ боится прикоснуться къ ручкѣ двери, чтобы не заразиться или не занести заразу („délire du toucher"); при видѣ ножа у него возникаетъ страхъ, какъ бы не зарѣзать кого, большею частью кого либо изъ родныхъ.

Другіе боятся, что отецъ умретъ, если ложка извѣстнымъ образомъ лежитъ на столѣ, если сдѣлать то или не сдѣлать этого, и не всегда можно сказать, что больные убѣждены въ неправильности своего „суевѣрія". Навязчивая идея, что больной совершилъ ужасное преступленіе, незамѣтно переходитъ въ бредовую идею (грѣховности), что чаще всего бываетъ при меланхолическихъ состояніяхъ. Къ навязчивымъ идеямъ причисляютъ также фобіи. Агорафобія (боязнь площадей), эритрофобія (боязнь покраснѣнія) и другія представленія (боязнь поноса въ такомъ мѣстѣ, гдѣ нельзя удовлетворить нужду) какъ разъ вызываютъ событіе, котораго больной опасался, причемъ это можетъ произойти и при посредствѣ гладкой непроизвольной мускулатуры. Другіе страхи, напр., мизофобія (страхъ запачкаться, заразиться и т. п.) относятся къ группѣ délire du toucher и косвенно ведутъ къ дѣйствіямъ (навязчивымъ).

Часть навязчивыхъ дѣйствій вообще являются слѣдствіемъ навязчивыхъ идей и съ трудомъ отъ нихъ отдѣляются. Мысль, что дверь незаперта, заставляетъ постоянно ходить и заставлять другихъ ходить провѣрять; мизофобія заставляетъ постоянно мыть руки или

[1]) Нѣкоторые считаютъ мономаніями не бредовыя идеи при сохраненной ясности психики, а изолированныя болѣзненныя влеченія (клептоманію, пироманію).

[2]) Поскольку больной здѣсь не имѣетъ власти направлять мысли по своему усмотрѣнію, постольку эти идеи представляютъ также разстройство воли.

зявертывать ихъ въ платокъ прежде чѣмъ взяться за ручку двери; представленіе „если не отдамъ денегъ, отецъ умретъ" заставляетъ во что бы то ни стало отдать. Непремѣнно нужно выражать вслухъ неприличныя контрастныя представленія („копролалія"). Часто навязчивая идея и навязчивое влеченіе совпадаютъ (влеченіе зарѣзать своего ребенка даннымъ ножемъ) илп же мысль принимаетъ (какъ въ галлюцинаціи) повелительную форму: „ты долженъ убить твоего ребенка".

Господинъ, имѣвшій сомнительную связь, долженъ былъ на улицѣ навязчиво оглядываться на каждую „черную, высокую, плотную" женщину, въ дальнѣйшемъ на маленькихъ, потомъ на всѣхъ, потомъ и на мужчинъ, и на вагоны трамваевъ (чтобы посмотрѣть номеръ).

Другого рода связь между навязчнвой идеей и навязчивымъ влеченіемъ представлялъ больной (не меланхолнкъ), у котораго было навязчнвое представленіе, что онъ имѣлъ сношеніе съ матерью, и навязчивое стремленіе писать это на кредитныхъ билетахъ.

Съ навязчивостью связанъ мучительный аффектъ, однако не всѣхъ больныхъ можно подвинуть на то, чтобы они дѣйствительно хотѣли вылѣчиться, хотя сознаніе болѣзни почти всегда на лицо. Мысли по содержанію или депрессивны[1], или же сразу появляется т о с к а и страхъ, какъ только больной не поддается навязчивому стремленію; именно страхъ то и не даетъ больному, при всемъ желаніи и пониманіи, подавить свой импульсъ. Больной долженъ все смотрѣть погасла ли спичка, не столько изъ опасенія пожара, сколько для того, чтобы избавиться отъ чувства страха, болѣе того, выполненіе навязчиваго поступка можетъ сопровождаться „особымъ чувствомъ сладострастнаго удовлетворенія" (Ziehen). Страхъ часто кажется (ошибочно) слѣдствіемъ идеи (боязни бациллъ), иногда онъ ей сопутствуетъ, рѣже является первичнымъ, причемъ получается впечатлѣніе, что навязчивая идея создалась для объясненія аффекта. Дѣйствительно, навязчивыя идеи часто возникаютъ на почвѣ мнительнаго неувѣреннаго, но стремящагося къ добросовѣстности характера (кромѣ того при истощеніи и при меланхоліи).

Kraepelin сравниваетъ часть навязчивыхъ идей съ отрывками стиховъ или мелодій, которыя преслѣдуютъ иногда здороваго, другую часть съ легко вызываемыми непріятными воспомнинаніями (представленіе пережитого паденія при взглядѣ на открытое окно), третью часть съ контрастными прицставленіями, которыя вдругъ появляются при самомъ неудобномъ случаѣ (богохульныя или похабныя мысли во время богослуженія); чувство неувѣренности и отвѣтственности тоже можетъ быть источникомъ навязчивыхъ идей; въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло, по мнѣнію Friedmann'a, съ представленіями „незаконченными" и поэтому не могущими успокоиться.

Кое что можетъ быть и вѣрно въ этихъ воззрѣніяхъ, однако для объясненія симптома этого мало, ибо важнѣе всего вопросъ: почему въ данномъ случаѣ идеи, свойственныя здоровому, становятся навязчивыми? Freud пытается объяснить это указаніемъ на то, что навязчивая идея появляется вмѣсто вытѣсненной идеи, съ которой она связана или случайнымъ совпаденіемъ или аффективнымъ созвучіемъ: дѣвушка на концертѣ думала на сексуальныя темы, но отброснла ихъ какъ ненравственныя; въ это время она почувствовала позывъ къ моченспусканію: отсюда возникла фобія, что на концертѣ можетъ захотѣться мочиться. Навязчивое стремленіе къ чистотѣ можно часто объяснить стремленіемъ къ моральной чистотѣ (угрызенія совѣсти онанистовъ). Можетъ быть, впослѣдствіи удастся мало по малу сдѣлать доступнымъ пониманію содержаніе всѣхъ навязчивыхъ идей.

---

[1]) Я сомнѣваюсь пока что, существуютъ ли навязчивыя идеи пріятнаго содержанія.

Навязчивыя идеи могутъ въ качествѣ временнаго симптома наблюдаться у неврастенниковъ, меланхоликовъ, шизофренниковъ; въ качествѣ особой, довольно тяжелой болѣзни она встрѣчается у людей съ врожденнымъ предрасположеніемъ къ этому (навязчивый психозъ, навязчивый неврозъ).

Бредовыя идеи.

Ошибки возникаютъ, когда подобіе принимаютъ за равенство (камеліа = розѣ; китъ = рыбѣ), простое совпаденіе за постоянное и слѣдовательно причинное (больной выздоровѣлъ, потому что надъ нимъ ворожили), когда не замѣчаютъ чего либо важнаго (земля плоская) или поддаются обману чувствъ resp. необычныя соотношенія мѣрятъ на обычный масштабъ (солнце движется кругомъ покоящейся земли). Такого рода ошибки можно исправить путемъ дальнѣйшаго опыта (включая сюда и обученіе), поскольку разумъ способенъ правильно оцѣнить этотъ опытъ. Но если данный человѣкъ слишкомъ глупъ, чтобы понять, что земля кругла, мы не назовемъ его представленія бредовой идеей. Бредовыми идеями мы называемъ тѣ неправильныя представленія, которыя создались не на почвѣ недостаточной логики, а на почвѣ внутренней потребности ("потребность бреда" по Kraepelin'у). Внутреннія потребности могутъ быть только аффективныя. Бредовыя идеи, поэтому, опредѣленно направлены въ соотвѣтствіи съ аффектами больного и въ подавляющемъ большинствѣ не могутъ быть исправлены послѣдующимъ опытомъ и обученіемъ, по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока длится состояніе, вызвавшее ихъ.

Въ виду этого физіологической аналогіей бредовой идеи будетъ не ошибка, а вѣра; въ соотвѣтствіи съ этимъ главный бредъ всегда эгоцентриченъ, всегда имѣетъ существенное значеніе для личности самого больного, въ то время какъ бредъ объясненія и второстепенный бредъ (см. ниже) необязательно задѣваютъ непосредственно больного. Главное отличіе заключается въ томъ, что бредовыя идеи образуются каждымъ больнымъ по своей собственной потребности и что онѣ могутъ относиться къ вещамъ которыя здоровый человѣкъ въ состояніи корригировать. Ясно, что отличіе не абсолютное. Мы обычно не считаемъ бредовой идеей, если религіозный человѣкъ имѣетъ свой взглядъ на религію, но если его нововведенія слишкомъ рѣзки, мы говоримъ, что это „религіозныя бредовыя идеи", хотя передъ судомъ голой логики новый пророкъ имѣетъ такую же дѣйствительную цѣну, какъ и старые.

Итакъ, бредовыя идеи возникаютъ подъ вліяніемъ аффекта: что соотвѣтствуетъ аффекту, тому путь облегчается, что противорѣчитъ ему, то тормозится, выступаетъ съ недостаточнымъ логическимъ вѣсомъ или вовсе безъ онаго. Меланхоликъ, думая о своемъ имуществѣ, будетъ видѣть одни долги и затрудненія, и не будетъ считать активовъ, такъ какъ они ему кажутся сомнительными или безденежными, или же онъ эту идею вовсе не сведетъ съ идеей долговъ для логической операціи, т. е. онъ ея не можетъ использовать для преодолѣнія идеи задолженности. Такимъ образомъ меланхоликъ доходитъ до бредовой идеи обнищанія. — Она-

нистъ шизофреникъ боится, что его порокъ откроется. Если онъ замѣтитъ, что кто то на него смотритъ, онъ подумаетъ, что это изъ за его онанизма; очевидный фактъ, что тысячи разъ смотрятъ на людей безъ такого повода, не можетъ быть использованъ въ качествѣ опровергающаго аргумента.

Аффектъ, образующій бредъ можетъ быть общаго характера (депрессивное или маніакальное настроеніе) или можетъ быть связанъ съ одной опредѣленной идеей, съ однимъ комплексомъ (напр. угрызенія совѣсти онаниста). Въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ кататимическими формами бреда. Если человѣкъ одержимый комплексомъ, страдаетъ также и разстройствомъ настроенія, что часто бываетъ при шизофреніи, то кататимическое дѣйствіе сочетается съ дѣйствіемъ настроенія: если шизофреникъ онанистъ еще и меланхоликъ, то онъ погибаетъ вслѣдствіе своего порока, если онъ маніакаленъ, онъ спасаетъ этимъ все человѣчество.

Часть бредовыхъ идей не нуждается въ этомъ механизмѣ, такъ какъ вытекаетъ логически изъ уже существующихъ: больной убѣжденъ, что врачъ хочетъ его погубить; если ему станетъ нехорошо послѣ принятія лѣкарства, будетъ логически вѣроятно, что врачъ велѣлъ ему дать яду (побочный бредъ). Больной сынъ графа, слѣдовательно его родители это только пріемные родители. Больного преслѣдуютъ во всемъ мірѣ, куда бы онъ ни поѣхалъ, „слѣдовательно" имѣется цѣлая организація, направленная противъ него, почта открываетъ его письма и передаетъ дальше его адресъ (объясняющій бредъ).

Нѣкоторые думаютъ, что бредовыя идеи логически выводятся изъ разстройства аффекта: больной чувствуетъ себя несчастнымъ, ищетъ причину этого и находитъ ее въ видѣ своихъ грѣховъ. Мнѣ никогда не удалось видѣть такого механизма происхожденія бреда.

Возникновеніе другихъ бредовыхъ идей объясняютъ галлюцинаціями, обманами памяти, снами. Несомнѣнно однако, что тутъ мы имѣемъ дѣло съ сопутствующими явленіями, а не съ настоящими причинами. Первоначально больной образуетъ ложную идею; проявиться же впервые она можетъ въ видѣ мысли, или галлюцинаціи или обмана памяти, или представленія во снѣ.

Нѣкоторыя бредовыя идеи, особенно при шизофреніи, внезапно появляются въ сознаніи въ готовомъ видѣ (délire d'emblée, примордіальныя бредовыя идеи), другія имѣютъ длинный инкубаціонный періодъ. Больному напр. сначала кажется, что за нимъ какъ будто наблюдаютъ, что онъ какъ будто согрѣшилъ, пока наконецъ не появляется увѣренность. Иногда больные годами собираютъ извѣстное количество странныхъ наблюденій (пріурочиваніе къ собственной личности), и внезапно на нихъ нисходитъ „просвѣтленіе", что все это обозначаетъ то-то и то-то. Чаще соединеніе бреда съ внѣшними событіями происходитъ, пожалуй, такимъ образомъ, что больные сначала понимаютъ что нибудь, напр. проповѣдь совершенно правильно, а потомъ по истеченіи инкубаціоннаго періода продолжительностью въ нѣсколько часовъ или въ нѣсколько лѣтъ перетолковываютъ (сознательно или безсознательно) слышанныя слова и относятъ ихъ къ себѣ resp. къ комплексу.

По содержанію различаютъ слѣдующія группы:

Экспансивныя формы бреда, „бредъ величія". Въ болѣе легкихъ случаяхъ онѣ имѣютъ видъ переоцѣнки своего Я, больной превосходитъ здоровьемъ, работоспособностью, красотой другихъ людей въ гораздо большей мѣрѣ, чѣмъ на самомъ дѣлѣ. Начиная съ этого, настоящій бредъ представляетъ рядъ степеней, отъ легко возможнаго черезъ еще мыслимое до идеи, что больной можетъ сдѣлать самыя невѣроятныя изобрѣтенія, владѣетъ триліардами, основываетъ новыя религіи, и самъ онъ есть Богъ и Верховный Богъ. Временами соотвѣтственныя превращенія претерпѣваютъ и окружающіе: своихъ товарищей по несчастью больной считаетъ графами, владѣтельныии князьями.

Депрессивный бредъ („бредъ уничиженія") относится обыкновенно къ тремъ областямъ: совѣсти (бредъ грѣховности), здоровья (бредъ болѣзни) и имущества (бредъ обнищанія).

Бредъ грѣховности безъ всякаго основанія возваливаетъ на себя тяжелѣйшія преступленія или раздуваетъ дѣйствительные мелкіе проступки до размѣровъ непростительнаго грѣха, за который будетъ наказанъ ужаснымъ образомъ на томъ и на этомъ свѣтѣ не только самъ больной, но и всѣ его родные, даже весь міръ.

Бредь болѣзни это увѣренность больного, что у него имѣются опредѣленныя, обычно очень плохія, болѣзни; зато дѣйствительная болѣзнь, меланхолическая депрессія, отрицается. Этотъ видъ бреда называютъ также ипохондрическимъ бредомъ; однако нужно умѣть различать бредъ, развившійся на почвѣ общей депрессіи отъ кататимическаго бреда, наблюдающагося при ипохондрическомъ состояніи (особенно при dementia praecox, а также у психопатовъ).

Отличіе между прочимъ состоитъ въ томъ, что депрессивный бредъ болѣзни самое худшее относитъ къ будущему, между тѣмъ какъ кататимическій ипохондрикъ печалится о настоящемъ. Депрессивный больной думаетъ, что у него непроходимость кишечника, и что онъ погибнетъ самой поганой смертью; ипохондрикъ сильно страдаетъ въ настоящемъ вслѣдствіе вялости кишечника и требуетъ и ждетъ помощи.

Обнищаніе представляется больному въ такихъ формахъ, въ какихъ оно сейчасъ по крайней мѣрѣ не происходитъ: больной не только самъ долженъ за свои грѣхи умереть съ голоду, но и его родныхъ постигнетъ та же судьба.

У органиковъ, впадающихъ въ слабоуміе, мы наблюдаемъ еще четвертую группу депрессивныхъ бредовыхъ идей; онѣ правда не очень часты, но когда онѣ имѣются на лицо, по нимъ можно ставить діагнозъ[1]: это нигилизмъ, понятіе приблизительно соотвѣтствующее французскому: délire de negation (бредь отрицанія, чего не слѣдуетъ смѣшивать съ явленіями негативизма): здѣсь больше ничего нѣтъ, ни больницы, ни всего свѣта, ни Господа Бога,

[1]) Развѣ только при шизофреніи бываетъ явленіе похожее, однако не тожественное.

ни самого больного; онъ ничего не ѣлъ, но и не постился, у него нѣтъ имени, онъ не мужчина и не женщина и т. п. То же слабоуміе отражается и въ délire d'enormité, который встрѣчается при тѣхъ же обстоятельствахъ и часто комбинируется съ нигилизмомъ: больной не долженъ садиться на судно, а то онъ зальетъ всю больницу, весь міръ; онъ такъ распухъ, что заполнитъ и задушитъ весь домъ, весь городъ; онъ долженъ проглотить всѣхъ людей въ больницѣ, а ихъ такъ много. Противоположностью этого въ извѣстномъ смыслѣ является микроманія, наблюдающаяся тоже только при органическихъ депрессіяхъ; она состоитъ въ томъ, что больные считаютъ себя очень маленькими тѣлесно (не смѣшивать съ „бредомъ уничиженія", который относится ко всей группѣ); одинъ ученый, страдавшій старческимъ психозомъ, боялся куръ, такъ какъ думалъ, что его голова такъ мала, что онѣ могутъ ее склевать.

Бредъ уничиженія можетъ изрѣдка у меланхоликовъ комбинироваться съ своеобразнымъ бредомъ величія: больному мало того, что онъ самый скверный человѣкъ, который когда либо существовалъ и будетъ существовать на свѣтѣ, онъ еще долженъ авансировать и дѣлается верховнымъ сатаной; то же явленіе наблюдается и у шизофрениковъ, у которыхъ рядомъ уживаются различные аффекты, которые выражаются въ параллельныхъ бредахъ (больная—Матерь Божія и въ то же время вѣдьма) или же въ сгущеніи (она королева ночи).

Къ бреду уничиженія многіе причисляютъ и бредъ преслѣдованія, однако онъ имѣетъ совершенно другое значеніе. Правда меланхолики могутъ думать, что ихъ казнятъ, будутъ звѣрски истязать, однако они это все считаютъ заслуженнымъ наказаніемъ за свои грѣхи, въ то время какъ преслѣдуемый считаетъ, что онъ страдаетъ несправедливо. Бредь уничиженія вытекаетъ изъ общей депрессіи, бредъ преслѣдованія это кататимическій симптомъ, выростающій на почвѣ одной аффективно окрашенной идеи. Бредъ уничитоженія это симптомъ болѣзни, могущей пройти, бредъ преслѣдованія бываетъ больше при хроническихъ болѣзняхъ.

Настоящій бредъ преслѣдованія можетъ сначала носить неопредѣленный характеръ; больные чувствуютъ, что и предметы и люди окружающіе ихъ стали какіе то непривѣтливые („стѣны въ моемъ собственномъ домѣ хотѣли меня сожрать"). Затѣмъ они вдругъ дѣлаютъ открытіе, что опредѣленные люди дѣлаютъ имъ или другимъ людямъ знаки, касающіеся больныхъ. Кто то покашлялъ, чтобы дать знать, что идетъ онанистъ, убійца дѣвушекъ; статьи въ газетахъ болѣе чѣмъ ясно указываютъ на больного; въ конторѣ съ нимъ плохо обращаются, его хотятъ прогнать, ему даютъ самую трудную работу, за его спиной надъ нимъ издѣваются. Въ концѣ концовъ всплываютъ цѣлыя организаціи, созданныя ad hoc, „черные евреи", франкмасоны, іезуиты, соціалъ-демократы; они повсюду ходятъ за больнымъ, дѣлаютъ ему жизнь невозможной, мучаютъ его голосами, вліяютъ на его организмъ, терзаютъ галлюцинаціями, отнятіемъ мыслей, наплывомъ мыслей.

Нерѣдко бредъ преслѣдованія комбинируется съ бредомъ величія. Вообще въ основѣ перваго лежитъ извѣстная степень переоцѣнки самого себя, больной предъявляетъ неисполнимыя требованія и винитъ въ неудачѣ происки окружающихъ. Думаютъ даже, что бредъ величія прямо вытекаетъ изъ бреда преслѣдованія; больной говоритъ себѣ: человѣкъ, за которымъ всѣ такъ старательно слѣдятъ, долженъ быть чѣмъ то незауряднымъ. Я однако до сихъ поръ еще ни разу точно не наблюдалъ такого перехода. Наоборотъ мы часто видимъ, что эротическій бредъ превращается въ бредъ преслѣдованія или съ нимъ комбинируется: нѣжный, любовникъ въ дальнѣйшемъ развитіи бреда дѣлаетъ половыя и всякія другія гадости своей возлюбленной.

Эротической формой бреда преслѣдованія нужно считать также бредъ ревности, который отличается нѣкоторыми особенностями. Существуютъ параноики, у которыхъ нѣтъ другого бреда, кромѣ этого; при шизофреніи онъ нерѣдко можетъ быть перемѣшанъ съ другими идеями преслѣдованія; при алкоголизмѣ и кокаинизмѣ онъ повидимому является преходящимъ не совсѣмъ еще понятнымъ слѣдствіемъ отравленія.

Какъ особую форму выдѣляютъ еще бредъ отношеній, больной все относитъ къ себѣ. Эта форма бреда наблюдается, особенно въ паранояльныхъ и параноидныхъ формахъ, гдѣ она часто образуетъ основу другихъ бредовыхъ идей. Эти больные относятъ на свой счетъ всякія явленія (кашель, газетныя замѣтки, даже космическія событія): они думаютъ, что все случается ради нихъ и толкуютъ это соотвѣтственно своимъ кататимическимъ мыслямъ. И при общихъ разстройствахъ настроенія случаются подобныя явленія; особенно меланхолики охотно думаютъ, что всѣ несчастія произошли изъ за того, что они такіе скверные.

Нарочно разсказываютъ невѣроятныя вещи, чтобы испытать умственныя способности больного. Въ газетѣ написано, что кто то упалъ съ лѣстницы; это нарочно сдѣлано, чтобы дать понять больной, что она плохо убираетъ лѣстницу. Кто то зѣваетъ, этимъ хотятъ указать на больную, что она лѣнива.

Бредъ отношеній легко объяняется дѣйствіемъ аффектовъ (ср. ассоціативную готовность и вниманіе). Даже у здоровыхъ каждая зараженная аффектомъ идея вызываетъ массу ассоціативныхъ сочетаній, не отвѣчающихъ дѣйствительности (кто приходитъ на балъ первый разъ въ мундирѣ, думаетъ, что всѣ на него смотрятъ и т. п.). Поэтому нечего искать другихъ объясненій (для бреда отношеній), тѣмъ болѣе, что предложенныя до сихъ поръ несомнѣнно ложны; напр. гипотеза, что чувствительныя раздраженія кажутся Я усиленными, невѣрна, такъ какъ только небольшое количество чувствительныхъ раздраженій ставится такимъ образомъ въ извѣстное отношеніе къ больному. Если быть точнымъ, нужно указать, что признаніе непосредственной связи внѣшнихъ раздраженій съ Я, дѣлающей его гипертрофическимъ, невѣрно; эти раздраженія вступаютъ въ ассоціативную связь съ комплексомъ, который въ свою очередь составляетъ важную часть Я.

Пытаются доказать, что бредовыя идеи представляютъ симптомъ умственной слабости, такъ какъ нормальный интеллектъ долженъ увидѣть несообразность. Однако несомнѣнно бываютъ параноики съ развитой бредовой системой и въ то же время вполнѣ работоспособные, безъ всякихъ другихъ признаковъ разстройства интеллекта. Если же наличность слабоумія основывать исключительно на бредовыхъ идеяхъ, это будетъ petitio principii. Существеннымъ моментомъ образованія бреда является несоотвѣтствіе между аффектомъ и логикой, возникающее вслѣдствіе: перевѣса одного общаго настроенія (примѣръ: меланхолія), особенно сильнаго аффективнаго ударенія на одной идеѣ (примѣръ: кататимическое образованіе бреда), слабости логической

способности (примѣръ: параноидъ, сумеречное состоянiе) или комбинацiи нѣсколькихъ моментовъ (примѣръ: манiакальная форма прогр. паралича).

Эта формулировка выясняетъ только одно, понятное намъ условiе образованiе бреда, другихъ мы пока еще не понимаемъ. Существуетъ много несоотвѣтствiй между интеллектомъ и аффективностью, которыя не ведутъ къ бредовымъ идеямъ, напр. олигофренiя. Другими существенными моментами для образованiя бреда являются: характеръ аффективности, перемѣна всей психики въ смыслѣ ассоцiацiй, пониманiя и чувства, наблюдающаяся въ шизофреническомъ процессѣ и — въ сильно преувеличенной формѣ — при состоянiяхъ неяснаго сознанiя.

Связь между интеллектомъ и бредовыми идеями существуетъ постольку, поскольку у сознательныхъ больныхъ качество бредовыхъ идей зависитъ отъ степени ума. Умные параноики „систематизируютъ" свой бредъ, связываютъ съ дѣйствительными фактами и приводятъ все въ систему, логически связную, но заключающую ошибки особенно въ предпосылкахъ (ложное отношенiе явленiй къ своеи личности, иллюзiи памяти) и кое гдѣ въ причинныхъ соотношенiяхъ. Содержанiе бреда само по себѣ можетъ другимъ людямъ казаться возможнымъ, такъ что иногда параноики заражаютъ здоровыхъ людей.

Аналогичнаго происхожденiя бредъ шизофрениковъ имѣетъ гораздо меньшую логическую связь или даже никакой; самъ по себѣ онъ тоже легко доходитъ до абсурда: больной присутствовалъ при распятiи Христа; онъ сдѣлалъ всѣ эти изобрѣтенiя, даже тѣ, что примѣнялись до его рожденiя; у него вынимаютъ кости изъ тѣла, его нѣсколько разъ убивали и воскрешали и т. п.

Въ нелѣпости идей манiакальныхъ и депрессивныхъ состоянiй органиковъ отражается разстройство ихъ интеллекта, ихъ неясное мышленiе

Идеи величiя манiакально-депрессивнаго больного являются обычно лишь переоцѣнками: онъ умнѣе тѣхъ, которые его заперли, онъ можетъ легко одолѣть дюжину служителей, онъ расширитъ свое дѣло, онъ станетъ министромъ. Однако въ манiакальныхъ формахъ прогр. паралича бредъ сейчасъ же доходитъ до абсурда: больной имѣетъ въ своемъ распоряженiи колоссальныя массы войскъ, которыя разнесутъ больницу и страну, гдѣ она находится: онъ генералъ, хотя онъ не былъ на военной службѣ; онъ изобрѣлъ велосипедъ, на которомъ можно оъ три минуты черезъ моря и горы объѣхать кругомъ свѣта; онъ Верховный Богъ; больная — мать всѣхъ людей, каждый часъ Богъ вынимаетъ изъ ея живота сотни дѣтей и т. п.

Меланхоликъ тяжко согрѣшилъ, его будутъ мучить, какъ никого никогда не мучили, онъ страдаетъ неизлѣчимыми болѣзнями. У депрессивнаго же старческаго больного мозгъ отвисаетъ черезъ голову, вмѣсто кишечника у него змѣя, голова деревянная. Въ этихъ случаяхъ развиваются и микроманiя и нигилизмъ и délire d'enormité.

Однако надо остерегаться ставить дiагнозъ слабоумiя на основанiи нелѣпаго содержанiя бредовыхъ идей. Все вышесказанное имѣетъ силу безоговорочно только по отношенiю къ тѣмъ состоянiямъ, при которыхъ сознательность не отсутствуетъ совсѣмъ. При от-

равленіяхъ, сумеречныхъ состояніяхъ, лихорадкѣ бредовыя идеи могутъ имѣть абсурдный характеръ у больныхъ не слабоумныхъ, также какъ во снѣ у здоровыхъ.

Иногда случается, что бредъ возникшій въ состояніи разстроеннаго мышленія (сонъ, эпилептическій бредъ) и носившій изъ за этого нелѣпый характеръ, въ дальнѣйшемъ не корригируется, хотя интеллектъ видимо не пострадалъ особенно тяжело; подобнаго рода остаточный бредъ (Residualwahn) можетъ слѣдовательно быть нелѣпымъ безъ соотвѣтственнаго разстройства интеллекта.

Теченіе бредовыхъ идей различно. Простыя аффективныя и деліріозныя формы колеблются и исчезаютъ совмѣстно съ тѣмъ состояніемъ, на почвѣ котораго онѣ выросли. Кататимическія бредовыя идеи, не обусловленныя исключительнымъ состояніемъ, являются въ паранoѣ а также (хотя и не такъ постоянно) въ шизофреніи тѣмъ, что называется idées fixes, которыя десятилѣтіями остаются неизмѣнными и рѣдко когда исчезаютъ. При шизофреніи бредовыя идеи какъ будто корригируются, однако скорѣе нужно думать, что онѣ забываются или отставляются въ сторону; ихъ непрерывное существованіе въ дальнѣйшемъ слишкомъ часто можетъ проявляться при соотвѣтственныхъ аффективныхъ реакціяхъ. Кромѣ этого бываютъ во всевозможныхъ случаяхъ мимолетныя быстро проходящія бредовыя идеи различнаго происхожденія.

Отношеніе бредовой идеи къ Я обычно очень тѣсное. Лежащій въ ихъ основѣ аффектъ или мысль самъ по себѣ понуждаетъ слишкомъ сильно, можно сказать монидеистически, ими заниматься. Одного параноика, который всегда надоѣдливо жаловался, что его отравляютъ, разъ дѣйствительно пытались отравить. Это переживаніе не было поставлено въ связь съ бредомъ, и больной остался къ нему совершенно равнодушенъ. У шизофрениковъ разстройство аффекта и разладъ психики особенно въ позднихъ стадіяхъ при водятъ обычно къ тому, что идеи оставляютъ больного болѣе или менѣе холоднымъ, или же онѣ отдѣляются отъ повседневнаго Я, занятаго текущими потребностями жизни, и образуютъ свой собственный міръ.

4. Разстройства памяти.

Гиперфункція памяти, гипермнезія, проявляется тѣмъ что временами воспоминанія бываютъ живѣе и рѣзче обычнаго, что они воспроизводятъ детали, которыхъ мы обычно не замѣчаемъ, и простираются на такіе періоды, которыхъ мы внѣ этого не вспоминаемъ. Такъ напр. въ лихорадочной болѣзни, въ бреду стариковъ появляются серіи воспоминаній изъ юношескихъ временъ, даже изъ ранняго дѣтства; въ состояніи гипноза можно иногда вспомнить самыя сложныя детали съ такой ясностью, какъ будто видишь все это опять передъ глазами; и во снѣ могутъ съ чувственной яркостью всплыть детали, которыхъ на яву никакъ не воспроизведешь. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ шизофреніи больной временами испытываетъ непріятный наплывъ воспоминаній; однако они большею частью бываютъ тогда безсвязны.

Гораздо важнѣе гипофункціи. Теоретически нужно различать гипофункціи образованія, сохраненія и экфоріи энграммъ; въ дѣйствительности однако рѣдко бываютъ разстройства только одной функціи, а главное, наше знаніе еще не проникло такъ далеко, чтобы разобраться во всѣхъ различіяхъ касающихся той или иной преимущественно задѣтой частной функціи. Разстройство вниманія,

будь то во время полученія энграммы или при ея репродукціи можетъ разстоить воспоминаніе въ томъ и другомъ случаѣ приблизительно одинаково.

Качественное разстройство энграфіи я съ трудомъ могу себѣ представить, и во всей патологіи я не нашелъ никакихъ указаній на существованіе подобнаго разстройства. Зато возможно, что при старческой атрофіи мозга ослабляется энграфирующее воздѣйствіе переживаній на психику, благодаря этому должно стать слабѣе и экстенсивное вліяніе, такъ какъ диффузное распространеніе указаннаго вліянія въ мозгу, — существованіе такого процесса мы по многимъ причинамъ должны предположить — уменьшается и меньше образуется ассоціативныхъ соединеній. Можно также предположить, что гипотетическая переработка энграммъ какимъ либо образомъ понижена, однако мы не знаемъ такихъ разстройствъ, которыя могли бы намъ дать указанія на это. Что касается процесса воспоминанія (экфоріи), мы знаемъ, что онъ несомнѣнно бываетъ задѣтъ при многихъ аномаліяхъ памяти; ничто не мѣшаетъ намъ даже предположить, что разстройство этого процесса само по себѣ уже можетъ объяснить значительную долю дефектовъ памяти. Ихъ можно свести къ аффективнымъ дѣйствіямъ ассоціацій. Вспоминаніе въ общемъ разстраивается, если аффектъ производитъ диффузную задержку мыслей (экзаменный ступоръ). Въ частности вспоминается съ трудомъ то, что противорѣчитъ дѣйствующему аффекту. Перетасовка воспоминаній происходитъ тогда, когда этого требуетъ аффектъ, онъ же опредѣляетъ и направленіе, въ которомъ происходитъ искаженіе.

Оцѣнить значеніе для патологіи неудачнаго понятія способности запоминанія (Merkfähigkeit) не совсѣмъ легко. То, что изслѣдуется подъ этимъ названіемъ, представляетъ въ дѣйствительности очень сложную функцію[1]; она можетъ быть разстроена безъ того, чтобы попутно страдала энграфія или функція памяти сама по себѣ, напр. когда почему либо не хорошо схвачено то, что подлежитъ запоминанію или не переработано: при болѣзняхъ органовъ чувствъ, при всякаго рода разстройствахъ памяти, или когда при разныхъ формахъ слабоумія сложныя вещи воспринимаются, но остаются не понятыми. Въ послѣднемъ случаѣ энграммы чувственныхъ воспріятій имѣются на лицо, но отсутствуютъ ихъ ассоціативныя соединенія, при помощи которыхъ ихъ нужно было вспомнить. Въ наиболѣе рѣзкомъ видѣ гинофункція способности запоминанія описывается при органическихъ психозахъ: въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ всякое переживаніе даже наиболѣе важное немедленно забывается; старчески больной женщинѣ можно разсказать, что ея мужъ умеръ, она реагируетъ слезами. черезъ минуту она все забываетъ, и этотъ экспериментъ можно повторить любое число разъ. Конечно, возможно, что въ дефективномъ мозгу образованіе энграммъ какимъ либо образомъ затруднено, несомнѣнно однако, что не въ этомъ суть, потому что органическія разстройства памяти касаются не только періода болѣзни и не пропорціональны тяжести состоянія во время отпечатыванія энграммъ, а скорѣе пропорціональны тяжести его во время воспоминанія. Кромѣ того въ не столь тяжелыхъ случаяхъ большинство впечатлѣній все же "запоминается", но на очень короткое время. Можно сказать, что почти у каждаго больного обнаруживаются островки воспоминанія, или одно какое нибудь вовсе не забывается, или во-

[1]) Если хотѣть выдѣлить только то, что этотъ терминъ долженъ обозначать, то прійдется назвать это энграфіей; однако пока что мы не умѣемъ ее изслѣдовать въ изолированномъ видѣ.

вспоминаніе, которое казалось не существовало, вдругъ въ опредѣленномъ сочетаніи всплываетъ. Кромѣ того, „экономія", которая замѣчается при вторичномъ заучиваніи вещи, казалось совершенно забытой, доказываетъ длительное существованіе мнемическаго воздѣйствія; подобное явленіе наблюдается даже въ тяжеломъ случаѣ Корсаковской болѣзни.

Итакъ при органической гипомнезіи мы имѣемъ дѣло съ разстройствомъ памяти, задѣвающимъ новыя переживанія несравненно сильнѣе, чѣмъ болѣе раннія, хотя пережитое во время болѣзни иногда особенно плохо вспоминается. Только приведенная формулировка обнимаетъ всю совокупность фактовъ. Главное разстройство лежитъ въ области разстройства способности воспоминанія, хотя органическое уменьшеніе ассоціаціи съ одной стороны препятствуетъ образованію путей, по которымъ воспоминанія могли бы въ дальнѣйшемъ быть экфорированы, съ другой стороны затрудняетъ при экфоріи пользованіе этими путями. Точно такъ же и старческое разстройство вниманія затрудняетъ образованіе годныхъ къ воспоминанію энграммъ равно какъ и ихъ воспроизведеніе.

Разстройство сохраненія энграммъ не имѣютъ значенія для психіатріи. Я не могу допустить, чтобы энграммы должны были нормально постепенно слабѣть, т. е., чтобы всѣ воспоминанія съ теченіемъ времени „слабѣли" и въ концѣ концовъ совсѣмъ исчезали, и не допускаю также патологическаго преувеличенія этого процесса; я основываюсь на большомъ количествѣ данныхъ, которыя доказываютъ намъ не только неограниченную продолжительность энграммъ, но даже увеличеніе ихъ стойкости съ возрастомъ. Все таки мы разсматриваемъ органическое разстройство памяти именно съ вышеуказанной точки зрѣнія и постольку имѣемъ на это право, поскольку общее оскудѣніе носителя энграммъ какимъ нибудь образомъ наноситъ ущербъ и этимъ послѣднимъ; однако соотношеніе этихъ измѣненій съ клиническими явленіями навѣрное очень сложно; разстройство затрагиваетъ главнымъ образомъ экфорію, а не сохраненіе энграммъ. Можно отнести за счетъ измѣненія энграммъ разстройства, наблюдаемыя при пріемѣ алкоголя и при хроническомъ алкоголизмѣ, когда вспоминанія легко всплываютъ, но они неточны или невѣрны, между тѣмъ какъ больной думаетъ, что онъ вѣрно вспоминаетъ. Однако и здѣсь болѣе правдоподобны другія объясненія.

При грубыхъ очаговыхъ пораженіяхъ мозга опредѣленныя группы воспоминаній могутъ повидимому выпасть (напр. опредѣленныя рѣчевыя, моторныя, слуховыя, зрительныя воспоминанія) Однако чрезвычайно неувѣренныя и шаткія границы такихъ дефектовъ заставляютъ думать, что даже столь элементарныя, казалось бы, психическія образованія никогда цѣликомъ не разрушаются, т. е. они локализуются собственно во всей мозговой корѣ, хотя бы ихъ наиболѣе важная часть, ихъ фокусъ былъ концентрированъ въ опредѣленномъ мѣстѣ мозга. Если этотъ фокусъ (центръ) разрушается, энграммы становятся доступными экфоріи только въ исключительныхъ случаяхъ и то не совсѣмъ, разрушеніе же другихъ участковъ коры мало задѣваетъ эти энграммы.

Кромѣ органическаго разстройства памяти существуютъ еще различныя разлитыя не систематизированныя формы слабости памяти. Онѣ не представляютъ ничего цѣльнаго и не имѣютъ въ

настоящее время большого значенія для психопатологіи, важно только не смѣшивать ихъ съ другими разстройствами. Въ анамнезѣ шизофрениковъ часто находимъ указаніе, что они стали „забывчивы“, у нихъ „пропала память“. Если принять эти слова буквально, пришлось бы предположить органическое душевное разстройство, такъ какъ при шизофреніи не наблюдается слабость памяти въ собственномъ смыслѣ слова. Зато шизофреники равнодушны, невнимательны, отвлечены, ассоціаціи у нихъ задержаны; все это можетъ привести къ тому, что въ нужный моментъ они не вспоминаютъ. Истеричные по тѣмъ же основаніямъ тоже имѣютъ очень капризную память. Онанисты часто жалуются на плохую память, отчасти вслѣдствіе внушенія разныхъ книгъ, отчасти изъ за недостаточнаго сосредоточенія вслѣдствіе отвлекающаго дѣйствія комплекса. У эпилептиковъ память обычно слабѣетъ, — слабость эта конечно принимаетъ органическій характеръ, если у больныхъ развилась уже замѣтная атрофія мозга; однако эта особенность большею частью замаскировывается общей слабостью памяти, задѣвающей то ту то другую область, причемъ аффективно окрашенныя событія могутъ легче фиксироваться и стереотипно воспроизводиться.

Ограниченные пробѣлы памяти называютъ амнезіями; ограниченіе можетъ касаться содержанія („систематизированный пробѣлъ“) или времени. Первое наблюдается при грубыхъ пораженіяхъ мозга въ томъ смыслѣ, что напр. выпадаютъ всѣ зрительныя или всѣ слуховыя воспоминанія или только память существительныхъ или числительныхъ и т. п. Конечно мы и тутъ не знаемъ, что отнести на счетъ выпаденія воспоминаній и что на счетъ затрудненій въ экфоріи, во всякомъ случаѣ послѣдняя играетъ большую роль, какъ это наблюдается въ случаяхъ обратнаго развитія этихъ амнезій.

Въ теченіи психозовъ наблюдаются амнезіи для опредѣленныхъ событій (кататимическія амнезіи). Во время переживанія больной былъ въ обыкновенномъ состояніи сознанія, онъ даже нормально воспроизводитъ всѣ другія событія, имѣвшія мѣсто болѣе или менѣе одновременно съ тѣмъ переживаніемъ. Такъ одна истеричная больная вдругъ забыла все, что относилось къ ея врачу Janet[1]), и приняла его за новаго ассистента. Шизофреникъ „забываетъ“ свои поступки и поступки другихъ, если ему почему либо не удобно ихъ вспомнить Wernicke описываетъ, какъ шизофреникъ bona fide, но тѣмъ не менѣе ложно показалъ подъ присягой, что онъ не ругалъ полицейскаго (Wernicke назвалъ этотъ симптомъ отрицательнымъ искаженіемъ воспоминанія). Въ такихъ случаяхъ, удается окольными путями (у истеричныхъ лучше всего гипнозомъ) доказать, что данныя энграммы не погибли, такъ какъ воспоминаніе можетъ появиться въ другомъ сочетаніи.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ возникаетъ потребность дать исчезнуть цѣлому періоду времени, напр.: истеричная больше знать не хочетъ мужа и поэтому располагаетъ воспоминаніями только того періода, который предшествовалъ ихъ знакомству. Такимъ образомъ, возникаетъ ограниченіе амнезіи какъ будто во времени, въ то время

---

[1]) Stoerring, Лекціи по психопатологіи въ ея примѣненіи къ нормальной психологіи. Leipzig, Engelmann, 1900, стр. 229.

вспоминаніе, которое казалось не существовало, вдругъ въ опредѣленномъ сочетаніи всплываетъ. Кромѣ того, „экономія“, которая замѣчается при вторичномъ заучиваніи вещи, казалось совершенно забытой, доказываетъ длительное существованіе мнемическаго воздѣйствія; подобное явленіе наблюдается даже въ тяжеломъ случаѣ Корсаковской болѣзни.

Итакъ при органической гипомнезіи мы имѣемъ дѣло съ разстройствомъ памяти, задѣвающимъ новыя переживанія несравненно сильнѣе, чѣмъ болѣе раннія, хотя пережитое во время болѣзни иногда особенно плохо вспоминается. Только приведенная формулировка обнимаетъ всю совокупность фактовъ. Главное разстройство лежитъ въ области разстройства способности вспоминанія, хотя органическое уменьшеніе ассоціаціи съ одной стороны препятствуетъ образованію путей, по которымъ воспоминанія могли бы въ дальнѣйшемъ быть экфорированы, съ другой стороны затрудняетъ при экфоріи пользованіе этими путями. Точно такъ же и старческое разстройство вниманія затрудняетъ образованіе годныхъ къ воспоминанію энграммъ равно какъ и ихъ воспроизведеніе.

Разстройство сохраненія энграммъ не имѣютъ значенія для психіатріи. Я не могу допустить, чтобы энграммы должны были нормально постепенно слабѣть, т. е., чтобы всѣ воспоминанія съ теченіемъ времени „слабѣли“ и въ концѣ концовъ совсѣмъ исчезали, и не допускаю также патологическаго преувеличенія этого процесса; я основываюсь на большомъ количествѣ данныхъ, которыя доказываютъ намъ не только неограниченную продолжительность энграммъ, но даже увеличеніе ихъ стойкости съ возрастомъ. Все таки мы разсматриваемъ органическое разстройство памяти именно съ вышеуказанной точки зрѣнія и постольку имѣемъ на это право, поскольку общее оскудѣніе носителя энграммъ какимъ нибудь образомъ наноситъ ущербъ и этимъ послѣднимъ; однако соотношеніе этихъ измѣненій съ клиническими явленіями навѣрное очень сложно; разстройство затрагиваетъ главнымъ образомъ экфорію, а не сохраненіе энграммъ. Можно отнести за счетъ измѣненія энграммъ разстройства, наблюдаемыя при пріемѣ алкоголя и при хроническомъ алкоголизмѣ, когда вспоминанія легко всплываютъ, но они неточны или невѣрны, между тѣмъ какъ больной думаетъ, что онъ вѣрно вспоминаетъ. Однако и здѣсь болѣе правдоподобны другія объясненія.

При грубыхъ очаговыхъ пораженіяхъ мозга опредѣленныя группы воспоминаній могутъ повидимому выпасть (напр. опредѣленныя рѣчевыя, моторныя, слуховыя, зрительныя воспоминанія) Однако чрезвычайно неувѣренныя и шаткія границы такихъ дефектовъ заставляютъ думать, что даже столь элементарныя, казалось бы, психическія образованія никогда цѣликомъ не разрушаются, т. е. они локализуются собственно во всей мозговой корѣ, хотя бы ихъ наиболѣе важная часть, ихъ фокусъ былъ концентрированъ въ опредѣленномъ мѣстѣ мозга. Если этотъ фокусъ (центръ) разрушается, энграммы становятся доступными экфоріи только въ исключительныхъ случаяхъ и то не совсѣмъ, разрушеніе же другихъ участковъ коры мало задѣваетъ эти энграммы.

Кромѣ органическаго разстройства памяти существуютъ еще различныя разлитыя не систематизированныя формы слабости памяти. Онѣ не представляютъ ничего цѣльнаго и не имѣютъ въ

настоящее время большого значенія для психопатологіи, важно только не смѣшивать ихъ съ другими разстройствами. Въ анамнезѣ шизофрениковъ часто находимъ указаніе, что они стали „забывчивы“, у нихъ „пропала память“. Если принять эти слова буквально, пришлось бы предположить органическое душевное разстройство, такъ какъ при шизофреніи не наблюдается слабость памяти въ собственномъ смыслѣ слова. Зато шизофреники равнодушны, невнимательны, отвлечены, ассоціаціи у нихъ задержаны; все это можетъ привести къ тому, что въ нужный моментъ они не вспоминаютъ. Истеричные по тѣмъ же основаніямъ тоже имѣютъ очень капризную память. Онанисты часто жалуются на плохую память, отчасти вслѣдствіе внушенія разныхъ книгъ, отчасти изъ за недостаточнаго сосредоточенія вслѣдствіе отвлекающаго дѣйствія комплекса. У эпилептиковъ память обычно слабѣетъ, — слабость эта конечно принимаетъ органическій характеръ, если у больныхъ развилась уже замѣтная атрофія мозга; однако эта особенность большею частью замаскировывается общей слабостью памяти, задѣвающей то ту то другую область, причемъ аффективно окрашенныя событія могутъ легче фиксироваться и стереотипно воспроизводиться.

Ограниченные пробѣлы памяти называютъ амнезіями; ограниченіе можетъ касаться содержанія („систематизированный пробѣлъ“) или времени. Первое наблюдается при грубыхъ пораженіяхъ мозга въ томъ смыслѣ, что напр. выпадаютъ всѣ зрительныя или всѣ слуховыя воспоминанія или только память существительныхъ или числительныхъ и т. п. Конечно мы и тутъ не знаемъ, что отнести на счетъ выпаденія воспоминаній и что на счетъ затрудненій въ экфоріи, во всякомъ случаѣ послѣдняя играетъ большую роль, какъ это наблюдается въ случаяхъ обратнаго развитія этихъ амнезій.

Въ теченіи психозовъ наблюдаются амнезіи для опредѣленныхъ событій (кататимическія амнезіи). Во время переживанія больной былъ въ обыкновенномъ состояніи сознанія, онъ даже нормально воспроизводитъ всѣ другія событія, имѣвшія мѣсто болѣе или менѣе одновременно съ тѣмъ переживаніемъ. Такъ одна истеричная больная вдругъ забыла все, что относилось къ ея врачу Janet[1]), и приняла его за новаго ассистента. Шизофреникъ „забываетъ“ свои поступки и поступки другихъ, если ему почему либо не удобно ихъ вспомнить Wernicke описываетъ, какъ шизофреникъ bona fide, но тѣмъ не менѣе ложно показалъ подъ присягой, что онъ не ругалъ полицейскаго (Wernicke назвалъ этотъ симптомъ отрицательнымъ искаженіемъ воспоминанія). Въ такихъ случаяхъ, удается окольными путями (у истеричныхъ лучше всего гипнозомъ) доказать, что данныя энграммы не погибли, такъ какъ воспоминаніе можетъ появиться въ другомъ сочетаніи.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ возникаетъ потребность дать исчезнуть цѣлому періоду времени, напр.: истеричная больше знать не хочетъ мужа и поэтому располагаетъ воспоминаніями только того періода, который предшествовалъ ихъ знакомству. Такимъ образомъ, возникаетъ ограниченіе амнезіи какъ будто во времени, въ то время

---

[1]) Stoerring, Лекціи по психопатологіи въ ея примѣненіи къ нормальной психологіи. Leipzig, Engelmann, 1900, стр. 229.

какъ суть дѣла въ содержаніи; амнезія эта еще тѣмъ отличается отъ обычныхъ повременныхъ амнезій, что она простирается на періодъ нормальной жизни.

Нѣсколько другого порядка явленіе представляютъ отрицательныя галлюцинаціи памяти: больной получаетъ наравнѣ съ другими рождественскій подарокъ-сигару; онъ ее быстро выкуриваетъ и начинаетъ ругаться, что его обошли, всѣмъ дали по сигарѣ, а ему нѣтъ. Отличіе отъ отрицательныхъ искаженій воспоминаній заключается въ галлюцинаторной назойливости этихъ явленій. Больной, описаный Wernicke, не вспоминаетъ того, что онъ пережилъ; нашему больному назойливо вспоминается, что то, что должно было случиться, не случилось. Онъ чувствуетъ пробѣлъ въ томъ, что должно было случиться, больной Wernicke не сознаетъ никакого пробѣла.

Самый частный видъ амнезіи это тотъ, который наблюдается послѣ всякаго рода разстройствъ сознанія, особенно послѣ сумеречныхъ и бредовыхъ состояній. Больной просыпается внезапно послѣ нѣкотораго періода необычнаго для него поведенія, не знаетъ, гдѣ онъ, какъ онъ сюда попалъ, что съ нимъ было. Онъ вспоминаетъ все до извѣстнаго момента, дальше воспоминанія исчезаютъ, на подобіе здороваго человѣка, проспавшаго всю ночь безъ сновъ и проснувшагося послѣ этого. Обычно отсутствуетъ всякая точка опоры для всего протекшаго періода времени; если сумеречное состояніе продолжалось нѣсколько дней, больной совершенно почти не испытываетъ затрудненій въ оріентировкѣ во времени; онъ преуменьшаетъ продолжительность своего приступа; ему кажется, что этотъ день непосредственно слѣдуетъ за послѣднимъ днемъ, который онъ помнитъ, какъ будто бы послѣ обыкновеннаго ночного сна.

Нерѣдки также амнезіи послѣ взрывовъ аффекта у психопатовъ или у настоящихъ душевнобольныхъ (тюремное буйство, меланхолія, шизофренія).

Амнезія не всегда бываетъ полной. Наблюдаются всевозможные переходы отъ абсолютнаго ничего до полной яркости воспоминаній, совсѣмъ какъ при вспоминаніи сновъ. Эта амнезія походитъ на амнезію сновъ еще въ томъ отношеніи, что она тоже мѣняется въ своей силѣ. Часто непосредственно послѣ просыпанія кое что вспоминается, а черезъ нѣкоторое время это забывается, и наоборотъ, сначала какъ будто все забыто, а въ теченіе ближайшихъ часовъ и недѣль память проясняется, особенно если больному разсказать, что онъ дѣлалъ. Здѣсь, какъ и во всѣхъ случаяхъ извѣстной слабости памяти, можетъ — какъ бы въ видѣ преувеличенія нормальныхъ соотношеній — произойти извѣстный отборъ сохранившихся воспоминаніи: выпадаетъ то, что наиболѣе непріятно больному. Очень важно знать эти неполныя амнезіи, такъ какъ не рѣдко въ теченіе сумеречныхъ состояній совершаются преступныя дѣянія, и судьи склонны признавать симуляцію, если видятъ, что память измѣнчива.

Время начала и конца амнезіи не всегда бываетъ точно фиксировано, что ведетъ къ новымъ затрудненіямъ. Отчасти — далеко не всегда — это находится въ связи съ теченіемъ сумеречнаго состоянія, въ которомъ болѣе ясные моменты могутъ чередоваться съ неясными.

Амнезія можетъ зайти и за предѣлы ненормальнаго состоянія, особенно охотно назадъ: ретроградная амнезія. Особенно

часто это наблюдается послѣ сноподобныхъ и безсознательныхъ состояніи на почвѣ травмъ головы и послѣ попытокъ повѣситься: больные совсѣмъ не знаютъ, что и какъ они попали въ положеніе приведшее къ травмѣ. **Антероградная амнезія**[1]) т. е. продолженіе амнезіи на время послѣ приступа (часы и дни), наблюдается гораздо рѣже, можетъ быть только при постепенномъ переходѣ къ ясности сознанія, когда наблюдатель легко можетъ ошибиться насчетъ тяжести состоянія.

Тѣ авторы, которые считаютъ сумеречныя состоянія безсознательными, должны отвергать образованіе энграммъ въ это время. Однако такое предположеніе безусловно невѣрно, такъ какъ къ сумеречимъ состояніямъ примѣшаио все то, что наблюдается при всѣхъ разстройствахъ сознанія, влекущихъ за собой амнезію: во время сумеречнаго состоянія можно констатировать извѣстную степень воспоминанія того, что пережито было во время аналогичныхъ приступовъ, это одно уже доказываетъ фактъ образованія энграммъ. Иногда можно наблюдать постепенное съ развитіемъ приступа исчезновеніе способности воспоминанія. Одинъ изъ нашнхъ эпилептиковъ, у котораго сумеречныя состоянія продолжались многія недѣли, могъ во время этихъ приступовъ припомнить почти всегда послѣдніе два дня, и на такомъ разстояніи амнезія непрерывно слѣдовала за всѣмъ періодомъ. Въ слѣдующемъ такомъ же приступѣ воспоминанія могутъ опять появиться, это касается не только истерическихъ и гипнотическихъ состояній, но и эпилептическихъ и даже токсическихъ. Пьяница, засунувшій ключи свои, можетъ когда опять напьется вспомнить куда оиъ ихъ засунулъ и т. д. Гипнозомъ тоже можно иногда прояснить подобиыя сумеречныя состоянія и даже эпилептическія.

Амнезіи сумеречныхъ состояній генетически не едины. Существуетъ во всякомъ случаѣ много механизмовъ, ведущихъ къ амнезіи; при этомъ они во многихъ случаяхъ дѣйствуютъ вмѣстѣ, усиливая ее.

Суть многихъ истерическихъ амнезій заключается **въ задержкѣ непріятнаго воспоминанія (или актуальиаго факта) и иедопущеиіи его въ сознаніе.** Эта же потребность и вызвала сумеречное состояніе:

Одна женщина разстроила состояніе своего мужа неудачными спекуляціями безъ его вѣдома; мужъ за это хочетъ уйти отъ жены. Тогда у нея развивается сумеречное состояніе, и тутъ она выключаетъ изъ сознанія значительный періодъ времени ихъ брака, а главное выключаетъ приходящееся на это время рожденіе ребенка очень затрудняющаго положеніе; показываніе ребенка не вразумляетъ эту женщину. Черезъ нѣкоторое время сознаніе немного проясняется, но только послѣ примиренія съ мужемъ она вспоминаетъ свою вину и семейныя разногласія (но не вспоминаетъ сумеречнаго состоянія).

Что именно потребность выключить непріятныя происшествія существеино въ такихъ случаяхъ для амнезіи, а ие сумеречное состояніе само по себѣ, видио изъ того, что иногда сумеречное состояніе не наступаетъ вовсе, а происшествіе исчезаетъ изъ сознанія; это же доказывается менѣе яркими но болѣе многочисленными наблюдеиіями у здоровыхъ, когда при подобныхъ обстоятельствахъ воспоминанія затрудняются или вовсе исчезаютъ.

Дѣйствіе этихъ кататимическихъ механизмовъ можно замѣтить и тамъ, гдѣ причина сумеречнаго состоянія и вмѣстѣ съ тѣмъ предрасположенія къ амнезіи лежатъ въ другой области.

Такъ одинъ учитель, эпилептикъ, совершившій кражу въ сумеречномъ состояніи, не имѣлъ потомъ представленія ни о кражѣ, ни о припадкахъ, которыя онъ имѣлъ во время больничнаго пребыванія, хотя его уже удалось убѣдить что и то и другое имѣло мѣсто; при этомъ онъ могъ хорошо припомнить детали своего бѣгства заграницу.

---

[1]) Къ сожалѣнію этимъ терминомъ обозначаютъ и разныя другія разстройства памяти, напр. состояніе, когда всякое переживаніе сейчасъ же забывается, какъ при органической слабости памяти; при этомъ не считаются съ тѣмъ, простирается ли разстройство воспоминанія и на прежнія переживанія (Morton Prince, Безсознательное (The Unconscious), стр. 76. The Macmillan Company, New York 1914). Затѣмъ это же выраженіе примѣняютъ къ случаямъ подобнымъ нашему эпилептику (см. ниже), у котораго передняя граница амнезіи слѣдуетъ за настоящимъ временемъ на разстояніи двухъ дней.

При разстройствахъ сознанія, ведущихъ къ амнезіямъ, мы замѣчаемъ сильное измѣненіе душевной дѣятельности. У истеричныхъ и при взрывахъ гнѣва и страха аффектъ мѣняетъ установку психики, у пьяныхъ и эпилептиковъ это измѣненіе производится отравленіемъ мозга, у органиковъ разстройствомъ питанія вслѣдствіе неправильнаго кровеснабженія (закупорка сосудовъ и мозговое давленіе). При этихъ условіяхъ осмышленіе становится недостаточнымъ, тѣмъ болѣе переработка воспринятаго т. е. присоединеніе нормальныхъ ассоціацій къ остальному резервуару представленій индивидуума, съ помощью которыхъ обычно вызываются воспоминанія. Все это является затрудненіемъ способности воспоминанія. И здоровый человѣкъ не могъ бы припомнить той безпорядочной путаницы, которую представляютъ многія разстройства сознанія.

Самымъ важнымъ всегда имѣющимся на лицо моментомъ является однако измѣненіе всей установки, измѣненіе всей комбинаціи идей и по содержанію и формально. Здоровый и то не располагаетъ свободно запасомъ воспоминаній, если захочетъ использовать его при необычныхъ условіяхъ или будучи чѣмъ либо очень занятъ. Нечего удивляться поэтому, что вездѣ при измѣненіи установки мы видимъ одинаковыя явленія. Когда мы не можемъ вспомнить, что съ нами случилось въ данномъ мѣстѣ, стоитъ пойти вновь на это мѣсто и все ясно всплыветъ въ сознаніи; послѣ маніакально —депрессивнаго приступа воспоминанія часто бываютъ ослаблены; однако въ слѣдующемъ приступѣ, хотя бы черезъ десятки лѣтъ, эти воспоминанія могутъ навалиться съ необыкновенной ясностью. У насъ есть также серьезныя основанія думать, что амнезія раннихъ дѣтскихъ лѣтъ обязана колоссальной перестройкѣ, которую личность продѣлываетъ въ этотъ періодъ. Думать, что у грудного младенца нѣтъ памяти, конечно нелѣпо.

Мы должны еще упомянуть въ ряду разстройствъ экфоріи шизофреническія состоянія, когда задержки, ненормальное мышленіе и безсвязность затрудняютъ нахожденіе обычныхъ путей. Припомнимъ, что иногда воспоминаніе идетъ не такъ, особенно когда оно должно исходить изъ меньшаго числа пунктовъ, какъ у органиковъ и имбецилликовъ, у которыхъ количество ассоціацій уменьшено.

Узнаваніе конечно невозможно тамъ, гдѣ воспоминаніе вообще выпало. Старческіе больные часто не узнаютъ ближайшихъ родственниковъ. Однако узнаваніе сохраняется дольше, чѣмъ простое воспоминаніе, такъ какъ ассоціативная связь новаго впечатлѣнія съ воспоминаніемъ той же вещи относится къ числу наиболѣе сильныхъ и легче всего находимыхъ. Мы часто замѣчаемъ при изслѣдованіи способности запоминанія, что напр. больной не можетъ повторить только что сказаннаго ему имени, однако онъ его сейчасъ узнаетъ, если ему сказать его среди многихъ другихъ словъ.

Иногда измѣненіе чувственнаго тона и другихъ еще не описанныхъ, но обычныхъ субъективныхъ придатковъ воспріятій настолько измѣняютъ послѣднее, что предметъ намъ кажется чужимъ и въ рѣдкихъ случаяхъ даже не узнается. Невропатамъ и меланхоликамъ часто кажется, что все не такъ выглядитъ; рѣдко они считаютъ, что все дѣйствительно измѣнилось; зато послѣднее наблюдается часто у шизофрениковъ.

Изъ парафункцій памяти мы знаемъ прежде всего неточныя воспоминанія. Они встрѣчаются, какъ мы уже указали выше, при остромъ и хроническомъ алкоголизмѣ, особенно же у органиковъ, а также у эпилептиковъ. Послѣдніе часто путаютъ воспоминанія, похожія между собою. Если такой больной, былъ, напримѣръ,

два раза въ тюрьмѣ, у него эти два происшествія легко сливаются. Особенно въ сумеречныхъ состояніяхъ. То, что относится къ одному пребыванію, онъ въ разсказѣ можетъ отнести къ другому; еще болѣе характерно для эпилепсіи, что больной уже не можетъ освободиться отъ представленія этого повторенія и можетъ безъ конца разсказывать, какъ онъ былъ отпущенъ изъ тюрьмы, потомъ работалъ, потомъ опять попалъ въ тюрьму, потомъ былъ опять отпущенъ и опять посаженъ и т. д. Не отчетливыя и не точныя воспоминанія бываютъ обыкновенно и у тѣхъ имбецилликовъ, которые при образованіи понятій не строго придерживаются чувственныхъ воспріятій; вмѣстѣ съ тѣмъ у другихъ имбецилликовъ мы можемъ часто найти необыкновенно вѣрное воспроизведеніе пережитого.

Въ общемъ на эти неточности памяти обращается мало вниманія въ патологіи. Важнѣе систематическія искаженія воспоминаній, которыя обозначаются терминомъ иллюзіи и галлюцинаціи воспоминанія.

Иллюзіи воспоминаніи (парамнезіи) представляютъ патологическое преувеличеніе разстройствъ воспоминанія, часто наблюдающихся у здоровыхъ подъ вліяніемъ аффектовъ. Они играютъ большую роль у душевно-больныхъ всякаго рода преимущественно при параноѣ и при шизофреніи. Нѣту параноика, который не обработалъ бы свои воспоминанія въ смыслѣ своихъ бредовыхъ идей. Однако, именно въ этихъ случаяхъ можно иногда констатировать, что первоначальныя воспоминанія, какъ таковыя остались неизмѣнны; больная объявляетъ напримѣръ: сегодня пасторъ говорилъ проповѣдь про меня; онъ сказалъ, что я объявлена слабоумой и больше ни на что не гожусь. Если попросить больную передать слова пастора буквально, то несмотря на настойчивые вопросы она сначала передаетъ проповѣдь въ сослагательномъ наклоненіи; если, однако, и у врача и у больной хватитъ терпѣнія, можно въ концѣ концовъ добиться, что пасторъ сказалъ: „Блаженны нищіе духомъ“, но больная приняла эти слова на свой счетъ въ выше приведенномъ толкованіи, изложила это толкованіе своими словами и, сама того не замѣчая, вложила эти слова пастору въ уста. Больной съ бредовой идеей знатнаго происхожденія можетъ истолковать безразличный самъ по себѣ визитъ, сдѣланный его родителямъ, въ томъ смыслѣ, что это былъ министерскій визитъ, нанесенный ему. И въ этомъ случаѣ можно терпѣливымъ распрашиваніемъ добиться отъ больного признанія, что ничего особеннаго не было. Однако, въ томъ и въ другомъ случаѣ этотъ анализъ очень мало убѣждаетъ больныхъ и они тутъ же повторяютъ свое утвержденіе въ первоначальной формѣ.[1])

Меланхолики съ бредомъ грѣховности имѣютъ обыкновеніе разбирать всю свою жизнь и искать въ ней совершенные ими грѣхи. Тутъ они могутъ не только превратить въ смертный грѣхъ мелочь въ родѣ кражи яблока въ дѣтствѣ, но и измѣнятъ содержаніе своихъ воспоминаній въ этомъ направленіи. У маніакальныхъ больныхъ въ періодѣ возбужденія часто бываютъ стычки съ окружающими, при чемъ они, обычно, бываютъ вызывающей стороной, а другимъ

---

[1]) Wernicke называетъ это явленіе „ретроспективнымъ бредомъ отношенія“.

приходится обороняться. Это не мѣшаетъ больнымъ еще во время болѣзни, а особенно послѣ приступа излагать эти происшествія въ совершенно другомъ свѣтѣ: больные играютъ роль обиженныхъ, не понятыхъ, не справедливо задѣтыхъ. Такъ какъ при этомъ они бываютъ совершенно спокойны и вполнѣ разсудительны, то трудно имъ не повѣрить, если не знаешь хорошо, въ чемъ было дѣло. Впрочемъ, и другіе душевно-больные могутъ такъ же отличиться, особенно болѣе сознательные и сутяжные шизофреники.

Систематическое и точно также вызванное аффектомъ разстройство памяти лежитъ въ основѣ перемежающейся личности (см. разстройство личности).

Отдѣльно нужно выдѣлить тѣ иллюзіи памяти, при которыхъ переживанія другихъ связываются съ собственной личностью (Appersonierung). Шизофреники иногда приписываютъ себѣ вещи, которыя, дѣйствительно, произошли, но не съ ними, а съ сосѣдними больными. Кто считаетъ себя Христомъ, думаетъ что онъ былъ распятъ и можетъ временами припомнить это съ чувственной ясностью, хотя обычно такія воспоминанія благодаря неполнотѣ чувственнаго слагаемаго (компонента) бываютъ не ясны и поэтому легко можно узнать, что они не настоящія.

Иллюзіямъ памяти можно противопоставить обманы памяти, когда воспоминаніе создается свободно безъ связи съ дѣйствительнымъ переживаніемъ, иными словами продукту фантазіи придается цѣнность дѣйствительности. Это явленіе мы называемъ галлюцинаціями памяти (въ тѣсномъ смыслѣ слова, такъ какъ, собственно говоря, конфабуляціи должны быть тоже называемы этимъ же именемъ). Можетъ быть мы имѣемъ здѣсь дѣло съ парафункціональнымъ созданіемъ энграммъ. Объективно это въ сущности представленія съ печатью пережитого и воспоминанія.

Галлюцинаціи памяти встрѣчаются почти исключительно у шизофрениковъ. Внезапно могутъ всплыть воспоминанія, за которыми не стоитъ ни какое дѣйствительное переживаніе: ни съ того ни съ сего больной начинаетъ браниться, что прошлую ночь его посадили въ башню, заставили продѣлать всевозможные гимнастическіе фокусы и въ концѣ концовъ хотѣли бросить въ рѣку. Въ дальнѣйшемъ онъ продолжаетъ свою исторію, переживанія дѣлаются все сложнѣе, хотя въ общемъ чувствуется опредѣленный планъ. Въ концѣ концовъ его заставляютъ летать (это было до изобрѣтенія авіатики) и онъ облетаетъ весь міръ. Несомнѣнно, это нельзя считать ни осуществленными сновидѣніями, ни галлюцинаціями чувствъ, ибо многія изъ этихъ переживаній больной относитъ къ такому времени, когда онъ нормальнымъ образомъ былъ занятъ работой или пѣніемъ. Въ другихъ случаяхъ галлюцинаціи памяти не такъ систематизированы: онѣ состоятъ изъ отрывочныхъ деталей. Нормальный человѣкъ легко можетъ представить себѣ эти отклоненія отъ нормы, если онъ больше присмотрится къ своимъ снамъ: добрая доля переживаній, которыя мы относимъ къ актуальнымъ снамъ, въ дѣйствительности представляютъ галлюцинаціи воспоминаній и всплываютъ, какъ воспоминанія, а не какъ настоящія переживанія.

И у органиковъ могутъ иногда появиться подобныя галлюцинаціи памяти; такъ одинъ сенильный больной часто разсказывалъ что прошлую ночь разбойники напали на него въ его комнатѣ, привязали ему одну руку къ спинѣ, а другой его рукой какъ черпакомъ черпали золото и серебро изъ его собственнаго денежнаго ящика. Иногда удавалось установить, что въ ту ночь, когда это съ нимъ якобы случилось, онъ не спалъ и не галлюцинировалъ. Вообще у него никогда не наблюдали обмановъ чувствъ. При конфабуляціяхъ мы точно такъ же имѣемъ дѣло съ вольнымъ сочинительствомъ, которое больной принимаетъ за истинное переживаніе. Оно заполняетъ пробѣлъ памяти; часто, именно для этой цѣли сочиняется и каждую минуту мѣняется. Мы даже можемъ по своему усмотрѣнію его вызвать и направлять, въ то время какъ галлюцинаціи памяти столь же мало могутъ мѣняться, какъ и бредовая идея. Стоитъ спросить алкоголика съ Корсаковской болѣзнью, гдѣ онъ вчера былъ; не долго думая, онъ очень опредѣленно отвѣчаетъ, что онъ вчера сдѣлалъ прогулку на ближайшую гору. Если тутъ же спросить, видѣлъ ли онъ врача, то въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ мы скорѣе всего получимъ утвердительный отвѣтъ; мало того, больной еще подробно разскажетъ какъ онъ его видѣлъ, о чемъ они говорили и т. д. Изрѣдка такая выдумка можетъ застрять въ памяти, и что удивительнѣе всего даже тогда, когда дѣйствительныя переживанія черезъ минуту забываются.

Къ сожалѣнію, терминъ конфабуляція примѣнятся также для обозначенія яркихъ галлюцинацій памяти и полусознательныхъ фантазій шизофрениковъ. Однако намъ нужно имѣть понятіе конфабуляціи въ выше вриведенномъ смыслѣ, ибо въ такомъ пониманіи она составляетъ опредѣленный признакъ органическихъ психозовъ. Было-бы хорошо, если бы это названіе не распространялось на другія аномаліи.

Ярче всего сочиняютъ многіе (алкогольные) Карсаковскіе больные: часто вся ихъ душевная дѣятельность сводится только къ одной конфабуляціи. Затѣмъ, многіе паралитики особенно маніакальные, массу сочиняютъ самопроизвольно. Наименьшую роль играетъ конфабуляція при старческихъ формахъ; однако и въ этихъ случеяхъ часто легко удается вызвать этотъ симптомъ; стоитъ только напримѣръ спросить больного, что онъ вчера дѣлалъ (конфабуляція отъ смущенія).

Близко къ конфабуляціи стоятъ фантазіи, которыя всякій здоровый иногда себѣ позволяетъ, равно какъ вольныя творенія поэтовъ. Въ одномъ эпизодѣ, безусловно, взятомъ изъ собственнаго дѣтства, Gottfried Keller въ сочиненіи „Зеленый Генрихъ" разсказываетъ, что ему разъ пришлось изъ-за случайно сказанныхъ неприличныхъ словъ попасть въ непріятное положеніе, его стали допрашивать, онъ въ смущеніи назвалъ первое попавшееся имя и мѣсто, послѣ чего, когда его стали дальше разспрашивать, ему пришло въ голову разсказать очень сложную исторію со всѣми подробностями, и ему казалось, что онъ ее дѣйствительно пережилъ.

Что разъ случилось съ будущимъ поэтомъ, то при Pseudologia phantastica представляетъ обычное явленіе. Лгуны обла-

даютъ яркой фантазіей, сочиняютъ себѣ сказку про знатное свое происхожденіе или про другія вещи, которыхъ имъ очень хочется, и сообразно съ этимъ дѣйствуютъ. Однако, это отличается отъ конфабуляціи и галлюцинаціи памяти тѣмъ, что эти люди могутъ понять дѣйствительное значеніе своихъ фантазій тотчасъ-же, какъ только имъ объ этомъ напомнятъ событія и даже безъ этого; часть просто лжетъ. Однако, эти патологическіе лгуны могутъ въ теченіе произвольно большого періода времени не замѣчать, что они живутъ въ мірѣ мечтаній. Благодаря этому имъ легко удается обманывать окружающихъ, въ особенности если они обладаютъ большимъ талантомъ играть до конца свою роль: внутреннее побужденіе къ этому, почти всегда имѣется въ тѣхъ случаяхъ, которыя намъ приходится изслѣдовать. Этого рода люди, если они не очень моральны, предназначены играть роль жуликовъ высшаго полета. Такимъ образомъ псейдологія представляетъ аномалію общаго характера, а не только одной памяти.

Молодой человѣкъ изъ хорошаго общества вообразилъ себѣ смерть своей матери и настолько живо, что одѣлся въ трауръ и съ вѣнкомъ въ рукахъ поѣхалъ домой хоронить свою мать. Другой какъ-то поспорилъ со своимъ пріятелемъ. Онъ послѣ этого нарисовалъ себѣ картину дуэли со своимъ противникомъ, при чемъ онъ его якобы застрѣлилъ и сообщилъ отцу этого господина о несчастномъ исходѣ дуэли. Одного уголовнаго преступника я какъ-то засталъ въ его камерѣ занятымъ выработкой плана для англійскаго парка. Онъ признался мнѣ, что онъ мысленно уже приготовилъ рѣчь, которой онъ будетъ привѣтствовать своихъ гостей, когда они въ первый разъ соберутся къ нему на охоту [1]).

Галлюцинаціи памяти называютъ также ретроактивными галлюцинаціями. Выраженіе это заимствовано изъ ученія о гипнозѣ, такъ какъ въ гипнозѣ многимъ лицамъ удается внушить то или иное переживаніе; они въ это опредѣленно вѣрятъ и безсознательно создаютъ себѣ точныя воспомнанія внушенныхъ происшествій.

Wernicke выдѣляетъ аддитивныя и субтрактивныя разстройства памяти. Къ первымъ относятся галлюцинаціи памяти, ко вторымъ амнезіи и другіе дефекты воспоминанія. Эти названія довольно удобны, однако, до сихъ поръ не привились.

Изъ парафункцій воспоминанія назовемъ сначала идентифицирующіе обманы памяти. И у здороваго, особенно, когда онъ устанетъ, является иногда чувство, что онъ уже разъ когда-то пережилъ то, что передъ нимъ сейчасъ происходитъ. Нѣкоторые думаютъ даже, что идея переселенія душъ основана на этихъ обманахъ. У неврастениковъ это часто наблюдается. Иногда мы видимъ это явленіе у шизофрениковъ и эпилептиковъ, которые на это сердятся и думаютъ, что эта комедія нарочно для нихъ подстраивается. Одинъ шизофреникъ, котораго я зналъ, долгое время былъ увѣренъ, что все, что онъ сейчасъ переживаетъ, онъ пережилъ въ буквальной точности годъ тому назадъ. Одинъ эпилептикъ во время сумеречныхъ состояній считалъ все, что съ нимъ происходило, особенно, обходы и слова врачей повтореніемъ событій, имѣвшихъ мѣсто нѣсколько недѣль тому назадъ. Въ концѣ концовъ онъ замѣтилъ, что это часто повторяется и перенесъ актуальныя переживанія въ прежнія сумеречныя состоянія, что его страшно возбуждало.

Въ данномъ случаѣ представленія пріобрѣтаютъ не принадлежащій имъ характеръ воспоминаній. Въ противоположность этому криптомнезіи суть воспоминанія, потерявшія этотъ характеръ,

---

[1]) Aschaffenburg, Патологическіе мошенники. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 909, Bd. 66, стр. 1073.

и кажутся болному чѣмъ-то новымъ. Существуютъ ученые, которые сначала негативистически отвергаютъ всякую новую идею, затѣмъ сознательно или безсознательно ее перевариваютъ и въ концѣ концовъ, когда это имъ удобно, принимаютъ ее, но тутъ совсѣмъ забываютъ, что не они открыли эту идею и преподносятъ ее какъ нѣчто новое тѣмъ самымъ лицамъ, отъ которыхъ они се получили. Сенильные больные могутъ въ бесѣдѣ разсказать, какъ новость, исторію, которая за нѣсколько минутъ до того была въ томъ же обществѣ разсказана другимъ. Часто, однако, криптомнезія повторяетъ буквально слова. Въ началѣ этого столѣтія одинъ критикъ былъ однажды обвиненъ въ плагіатѣ, такъ какъ онъ буквально повторилъ чужую критику и выдалъ ее за свою. По всѣмъ обстоятельствамъ дѣла видно, что это былъ случай криптомнезіи. Jung доказалъ наличность криптомнезіи у Nietzsche: въ Заратустру попалъ отрывокъ изъ Seherin von Prevorst[1]). Героинѣ произведенія Keller'а Еленѣ много горя доставила сказка о „Королѣ зимы",к оторую она безсознательно повторила.

Pick описалъ подъ именемъ редупликативнаго обмана воспоминаній явленіе, иногда наблюдающееся у органиковъ, что больные удваиваютъ не актуальныя дѣйствія, а вещи: они уже были изслѣдованы точно такимъ же врачемъ, носящимъ то же имя и въ такой же точно клиникѣ; слѣдовательно существуютъ два такихъ врача и двѣ такихъ клиники.

5. Разстройство оріентировки.

Wernicke дѣлитъ разстройства оріентировки на автопсихическія (по отношенію къ собственной личности), соматопсихическія (къ собственному тѣлу) и аллопсихическія (къ внѣшнему міру). Раздѣленіе это имѣетъ извѣстное значеніе; такъ напримѣръ больные алкогольнымъ бредомъ никогда не страдаютъ автопсихическимъ разстройствомъ оріентировки, т. е. они даютъ точныя свѣдѣнія о себѣ, своемъ мѣстожительствѣ, занятіи, прошлой жизни; между тѣмъ аллопсихически, особенно въ смыслѣ времени и мѣста, у нихъ оріентировка сильно разстроена. Однако въ этомъ раздѣленіи не оттѣненъ важный моментъ ситуаціи, которая одинаково относится и къ алло- и къ автопсихикѣ. Вмѣсто соматопсихическаго разстройства оріентировки мы говоримъ о тѣлесныхъ иллюзіяхъ и галлюцинаціяхъ.

У всѣхъ органическихъ душевно-больныхъ болѣе высокой степени развитія сильно страдаютъ уже первичныя воспомогательныя функціи, оріентировка, осмышленіе, память, вниманіе, но кромѣ того страдаетъ вся совокупность оріентировки. Оріентировка во времени и пространствѣ, а позже и въ ситуаціи бываетъ неправильна; больные не знаютъ, что ихъ задерживаютъ въ больницѣ и почему это дѣлается, не считаютъ своихъ врачей врачами. Не такъ рѣдко мы видимъ, что въ больницахъ противъ обыкновенія оріентировка въ мѣстѣ извращается, раньше чѣмъ оріентировка во времени — на томъ основаніи что больные не хотятъ быть въ этомъ мѣстѣ.

При шизофреніи оріентировка во времени и мѣстѣ всегда сохранена, иногда даже въ отличномъ состояніи, если только этому не мѣшаютъ вторичныя вліянія, бредовыя идеи и галлюцинаціи. Кто

---

[1]) C. G. Jung, Къ психологіи и патологіи, такъ называемыхъ оккультныхъ феноменовъ. Дисс. Zürich 1902 Stuttgart, Mutze. Особенно поучительно Flournoy, Des Indes à la Planète Mars (Изъ Индіи на планету Марсъ) Paris и Genf.1900 (Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie.)

считаетъ себя Христомъ, тотъ естественно думаетъ, что ему 1900 лѣтъ; аффективныя основанія часто заставляютъ перевирать дату; мѣсто почти всегда узнается правильно сознательными шизофрениками. Зато оріентировка въ ситуаціи большей частью бываетъ неправильна у шизофрениковъ, особенно у интернированныхъ: больные не могутъ понять, что ихъ считаютъ больными, думаютъ, что ихъ несправедливо заперли и т. д.

Далѣе оріентировка во всѣхъ отношеніяхъ можетъ пострадать вслѣдствіе галлюцинаціи и иллюзіи: когда больной видитъ адъ вмѣсто больничной палаты и чертей вмѣсто больничной прислуги, онъ конечно, не можетъ думать, что находится въ больницѣ. Замѣчательно, что при этихъ состояніяхъ у шизофрениковъ — врядъ ли когда у другихъ больныхъ — часто сохраняется правильная оріентировка параллельно съ ложной: появляется слѣдовательно *двойная оріентировка*. Глядя по констелляціи, больной пользуется то той, то другой оріентировкой, а иногда и обѣими вмѣстѣ. При всѣхъ подобныхъ яркихъ галлюцинаторныхъ состояніяхъ, когда дѣйствительныя восприятія какъ будто прикрыты, мышленіе тоже разстраивается въ очень высокой степени, напр. при эпилептическихъ сумеречныхъ состояніяхъ оно разстраивается иногда еще сильнѣе, чѣмъ въ нашихъ снахъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ разстройство мышленія является поэтому главной причиной разстройства оріентировки, такъ напр. въ случаяхъ спутанности (amentia).

Совершенно измѣненное теченіе психическихъ явленій лежитъ повидимому въ основѣ того, что иногда шизофренику кажется, что его бредъ продолжается тысячелѣтія, а сны — отъ нѣсколькихъ секундъ до многихъ часовъ.

Такимъ образомъ разстройство оріентировки во времени и мѣстѣ является однимъ изъ наиболѣе постоянныхъ частныхъ симптомовъ всѣхъ разстройствъ сознанія (бредовыя состоянія, сумеречныя спутанности, amentia и т. д); не рѣдко къ этому присоединяется автопсихическое разстройство (по отношенію къ личности).

6. „Разстройства сознанія".

Именемъ „разстройство сознанія" или „затуманеніе сознанія" (это выраженіе не согласуется съ нашей общей терминологіей, но до сихъ поръ другимъ не замѣнено) мы обозначаемъ извѣстное количество аномалій, при которыхъ общая связь психическихъ процесовъ (обычно вмѣстѣ съ оріентировкой) нарушается, или же процесъ осознанія психическихъ явленій въ высшей степени затрудняется[1]. Первое имѣетъ мѣсто въ упомянутыхъ выше состояніяхъ *спутанности*, возникающихъ на почвѣ самыхъ разнообразныхъ основныхъ страданій. Сильную спутанность съ массовыми галлюцинаціями называли раньше amentia. Kraepelin употребляетъ это названіе для опредѣленной болѣзненной формы (см. частный отдѣлъ). Выраженія *бредовыя состоянія* (*deliria*) и *сумеречныя состоянія* обще-

[1] „Conscience" французовъ представляетъ понятіе болѣе широкое, чѣмъ современное понятіе сознанія. Уже простое образованіе бреда для нихъ „troubles" de la conscience".

употребительны, хотя разные авторы по разному ихъ опредѣляютъ и не особенно точно отграничиваютъ ихъ по отношенію другъ къ другу и внѣшнему міру.

То, что называютъ **бредовымъ состояніемъ** (delirium) это большей частью состояніе безсвязнаго мышленія, соединенное съ галлюцинаціями и бредовыми идеями при извѣстной активности и быстромъ теченіи. Они, обыкновенно, сопровождаютъ другія болѣзни, инфекціи, лихорадку, состоянія слабости, отравленія, появляются внезапно при глазныхъ болѣзняхъ въ темной комнатѣ; однако бредовыми въ извѣстномъ смыслѣ можно назвать также нѣкоторыя состоянія при шизофреніи и маніякально-депрессивномъ психозѣ. Разстройства сознанія при лихорадочныхъ болѣзняхъ всѣ безъ исключенія называются бредомъ, хотя многія изъ нихъ создаютъ представленія, опредѣленно связанныя между собой въ смыслѣ комплексовъ, и такимъ образомъ скорѣе относятся къ сумеречнымъ состояніямъ. Въ новѣйшей нѣмецкой психіатріи слово „delirium" обозначаетъ почти всегда delirium tremens. Больные, обыкновенно очень плохо помнятъ свои бредовыя состоянія или же вовсе ихъ не помнятъ [1]).

Подъ **именемъ сумеречнаго состоянія** мы подразумѣваемъ главнымъ образомъ **систематическое** искаженіе ситуаціи. Кто это знаетъ, для того дѣйствія больного въ сумеречномъ состояніи имѣютъ смыслъ и болѣе или менѣе логическую связь. Сумеречное состояніе начинается и кончается обычно сразу, продолжается недолго, отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ дней, рѣдко недѣли или даже мѣсяцы.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ сумеречнаго состоянія съ сохраненной оріентировкой ассоціаціи бываютъ сужены. Повидимому на лицо имѣется только одно единственное стремленіе и то что нужно, чтобы осуществить его; вся же остальная личность, по скольку она противорѣчитъ этому, перестаетъ существовать. Больные дѣйствуютъ въ опредѣленномъ направленіи, убѣгаютъ, продѣлываютъ путешествія, дѣлаютъ покупки, совершаютъ преступленія, отъ которыхъ они обычно очень далеки, не считаются при этомъ ни съ другими ни съ собой, хотя иногда при совершеніи недозволенныхъ поступковъ стараются укрыться отъ постороннихъ глазъ. Большей частью однако, если наблюдать за больными въ такіе моменты, они производятъ впечатлѣніе не нормальныхъ; все же они могутъ правильно пользоваться путями сообщенія, правильно обходиться со спутниками по путешествію, даже дѣлаютъ визиты родственникамъ, которые могутъ не замѣтить состоянія больныхъ.

Обычныя сумеречныя состоянія съ разстройствомъ оріентировки имѣютъ совсѣмъ другой видъ; тѣмъ не менѣе, какъ показываютъ многочисленные переходы, они представляютъ только высшую степень предыдущихъ. Несмотря на видимость извѣстной связности, которую можно сравнить съ тѣмъ, что мы видимъ въ снахъ, мышленіе неясно, даже спутано, главнымъ же образомъ нарушена

---

[1]) Понятіе бредовыхъ состояній (delire) у французовъ тоже значительно шире; они могутъ назвать délire-бредовыя идеи при ясномъ сознаніи. Именемъ bouffées délirantes Magnan называетъ бредъ короткой продолжительности у своихъ degenerés.

связь съ внѣшнимъ міромъ или же эта связь искажается вслѣдствіе иллюзій и галлюцинацій преимущественно зрительныхъ, но также и слуховыхъ. Больные видятъ разбойниковъ, животныхъ, чертей или самого Господа Бога со всѣми святыми, вообще имъ кажется, что они находятся въ сноподобной ситуаціи, и они ведутъ себя соотвѣтственно этому. Содержаніе сумеречныхъ представленій можетъ какъ и во снѣ быть тоскливымъ, безразличнымъ, блаженнымъ. Страхъ и устрашающія иллюзіи часто толкаютъ больныхъ на насиліе; нерѣдки случаи, когда они убиваютъ нѣсколькихъ людей. Половое возбужденіе ведетъ къ сладострастному убійству. Одинъ эпилептикъ сжегъ свою мастерскую, думая что онъ подкладываетъ огонь подъ банку съ клеемъ. Состояніе блаженства мы называемъ экстазомъ. При этомъ связь съ внѣшнимъ міромъ бываетъ до такой степени нарушена, что наблюдается полная анальгезія. Больные видятъ, какъ раскрываются небеса, они вступаютъ въ общеніе со святыми, слышатъ небесную музыку, ощущаютъ чудесный запахъ и вкусъ, по ихъ тѣлу проходитъ несказанный восторгъ явно полового характера.

Нѣкоторыя сумеречныя состоянія преслѣдуютъ опредѣленную цѣль (представить болѣзнь и т. д.); наиболѣе извѣстнымъ типомъ этого разстройства является симптомъ Ganser'a. Различія этихъ формъ указаны въ главѣ о синдромахъ.

Причины сумеречныхъ состояній очень разнообразны. Многія возникаютъ на почвѣ аффективной потребности: истеричные и шизофреники отворачиваются отъ дѣйствительности, когда та становится для нихъ невыносимой. Помолвка, разстроившаяся въ жизни, налаживается въ сумеречномъ состояніи и приводитъ къ свадьбѣ. Отдѣльныя истерическія сумеречныя состоянія воспроизводятъ въ галлюцинаціи аффективное событіе, напр. попытку къ изнасилованію. Рѣже вызывается блаженство экстаза. Почвой для сумеречныхъ состояній являются предрасположеніе истерическое, эпилептическое, шизофреническое, отравленіе, особенно патологическое опьяненіе, также сонъ (pavor pacturnus, хожденіе во снѣ, крѣпкій до одурѣнія сонъ), рѣже мигрень, сотрясеніе мозга, мозговыя разстройства послѣ повѣшенія, иногда также тяжелыя состоянія возбужденія у психопатовъ. При истеріи весь механизмъ представляется психогеннымъ; при токсическихъ состояніяхъ эпилептиковъ и шизофрениковъ существенный моментъ составляетъ мозговое разстройство. Оно вызываетъ неясное мышленіе, которое систематизируется подъ вліяніемъ аффективныхъ цѣлей, вслѣдствіе чего разстройство принимаетъ форму сумеречнаго состоянія. Разстройство мышленія бываетъ тогда двоякаго происхожденія: съ одной стороны вслѣдствіе токсической спутанности, съ другой стороны вслѣдствіе систематизированія, влекущаго за собой извращенія дѣйствительности. Само собой понятно, что какъ при эпилепсіи такъ и при шизофреніи соотношеніе обѣихъ причинъ можетъ быть очень различнымъ, въ обоихъ направленіяхъ бываютъ крайности, съ одной стороны состоянія, въ которыхъ органическій моментъ господствуетъ во всей картинѣ, и съ другой стороны состоянія, имѣющія цѣликомъ психогенный (истерическій) характеръ, хотя бы это и не было вызвано

острой перемѣной основного состоянія. Если, какъ это бываетъ часто при эпилепсіи имѣется первичный страхъ, содержаніе бреда соотвѣтственнымъ образомъ окрашивается.

Конечно, приходится видѣть также и очень легкія сумеречныя и бредовыя состоянія, при которыхъ сознаніе слегка суживается или затемняется. Существуютъ разныя степени ясности сознанія, изъ которыхъ сумеречное состояніе съ сохраненной оріентировкой является наименѣе затемненнымъ.

Существуетъ, однако, и другая степень ослабленія сознанія, когда внѣшнія раздраженія должны быть очень интенсивными для того, чтобъ дойти до сознанія. Легкія состоянія этого рода мы называемъ оглушенностью (это названіе можетъ обозначать также легкія степени сумеречныхъ состояній), болѣе тяжелыя, особенно, когда движенія ограничены, называются спячкой, тѣ состоянія, когда только болѣе сильныя раздраженія вызываютъ реакцію, называются sopor или torpor; тѣ же когда нельзя вовсе добиться реакціи называются кома. Предполагаютъ, что въ послѣднемъ случаѣ имѣется, собственно говоря потеря сознанія, т. е. отсутствіе сознательныхъ психизмовъ, что естественно представляетъ явленіе совершенно другого порядка, чѣмъ неправильно называемая потеря сознанія при сумеречныхъ состояніяхъ.

При всѣхъ этихъ разстройствахъ объемъ сознанія, т. е. число одновременныхъ представленій очення понижено, при чемъ въ сумеречныхъ состояніяхъ это носитъ болѣе или менѣе систематическій характеръ, въ другихъ же состояніяхъ болѣе разлитой.

Послѣднее время стали также употреблять выраженіе „распадъ сознанія“ (Gross), для обозначенія шизофреническаго распада ассоціативныхъ сочетаній.

Относительно перемежающагося сознанія см. главу о личности.

Наблюдается также чисто функціональное устраненіе процесовъ изъ сознанія. Когда вниманіе привлекаетъ опредѣленную группу представленій, оно одновременно тормозитъ всѣ остальныя. Когда мы находимся въ веселомъ настроеніи, непріятныя мысли устраняются сами собою. Меланхолику веселая мысль, просто, не придетъ въ голову. Сюда же относится кататимическое выключеніе изъ сознанія невыносимыхъ комплексовъ (вытѣсненіе). Во всѣхъ этихъ случаяхъ не допущенныя въ сознаніе функціи могутъ или совсѣмъ быть устраненными или вести самостоятельное существованіе (см. о безсознательномъ). Своего рода физіологическое разстройство сознанія представляетъ сонъ, вызывающій иногда нѣкоторые болѣзненные симптомы. Я не знаю, всегда ли мы что нибудь видимъ во снѣ или нѣтъ. Согласно теперешнему состоянію нашихъ знаній мы считаемъ, что ассоціативныя формы сна тѣ же, что и при шизофреніи. Во снѣ, обыкновено, психостремительныя функціи бываютъ очень ограничены: въ дѣйствіе переходятъ только сильныя раздраженія или же—и это важнѣе—главная масса раздраженій безотносительно къ ея интенсивности задерживается, за то меньшая группа, которая особенно важна вообще для данной констеляціи, допускается (въ сознаніе) или даже привлекается (сидѣлка спитъ среди ужаснаго шума, но малѣйшее измѣненіе дыханія больного ее будитъ). Психобѣжная связь съ внѣшнимъ міромъ, по крайней мѣрѣ поскольку это касается произвольной мускулатуры, ограничивается движеніями, поддерживающими дыханіе, устраняющими неудобство положенія, устраняющими раздраженія напр. насѣкомыхъ и т. д. Не выполненныя движенія замѣняются кинэстетическими галлюцинаціями за исключеніемъ состоянія кошмара, когда ощущается параличъ и — что не одно и то же — до сознанія доходитъ перерывъ связи между волей и движеніемъ.

Засыпаніе совершается путемъ особеннаго акта, предрасположеніемъ для котораго служитъ усталость, а поводъ къ выполненію дается особой психической установкой. Для психотерапіи единственно важнымъ является психическая часть засыпанія. Существенно главнымъ образомъ „внушеніе сна"; правда, интенсивная умственная работа вечеромъ можетъ долго мѣшать наступленію („включенію") сна, однако обычно только аффекты не допускаютъ сна. Напр. особенно не спится, когда мы весело или непріятно возбуждены, когда мы боимся не заснуть, или кода мы уговариваемъ себя, что извѣстное впечатлѣніе намъ не даетъ спать. При этомъ однако роль чувствительнаго раздраженія можно сказать ничтожна по сравненію съ ролью психической устаиовки. Психотерапевтъ долженъ разъ на всегда знать, что если кто нибудь не можетъ заснуть, скажемъ вслѣдствіе храпа сосѣда, истинной причиной является „установка" его собственной психики, а не храпъ сосѣда. Можно спать среди отчаяннаго шума-если соотвѣтственно себя настроить (устаиовить) и въ то же время проснуться отъ малѣйшаго впечатлѣнія, для котораго имѣется на лицо ассоціативная готов, ность. Милліоны жители большихъ городовъ спятъ, не обращая вниманія на шумъ экипажей.

Что такое представляетъ собою функція отдыха, которую исполняетъ сонъ, мы не знаемъ. Во всякомъ случаѣ она имѣетъ свои особыя приспособленія (включенія), ибо напр. въ депрессивныхъ состояніяхъ можно много мѣсяцевъ не спать въ смыслѣ разстройства ассоціаціи и сознанія безъ видимыхъ послѣдствій для организма, между тѣмъ какъ искусственная безсонница, если она тянется только восемь дней, безусловно смертельна.

Сны не причисляются къ сумеречнымъ состояніямъ, такъ какъ обычно они не имѣютъ никакого вліянія на наши поступки. Однако у всѣхъ людей во снѣ поддерживаются не только однѣ необходимыя центробѣжныя и центростремительныя связи съ внѣшнимъ міромъ; во снѣ мы удовлетворямъ также отдѣльныя внѣшнія или внутреннія потребности, что выражается стонами, поворачиваніемъ, нѣкоторыми слегка некоординированными движеніями и т. п. Если эти двигательныя включенія, сами по себѣ нормальныя, усиливаются, то совершаются дѣйствія, соотвѣтствующія представленіямъ сна и вызываются сумеречныя состоянія, снохожденіе, одурѣніе отъ сна и pavor nocturnus.

Снохожденіе наблюдается у всякаго рода нервныхъ людей, затѣмъ у эпилептиковъ и въ незначительной степени иногда у людей, въ особенности въ юношескомъ возрастѣ, которыхъ вообще говоря нужно считать здоровыми. Существуютъ всевозможные переходы отъ простыхъ движеній и бормотанія отдѣльныхъ словъ во снѣ вплоть до сложныхъ поступковъ и прогулокъ (необязательно по крышамъ); чаще всего производятся мелкія движенія, соотвѣтствующія дневной работѣ, то цѣлесообразныя, то безсмысленныя. Въ снохожденіи могутъ проявиться также комплексы (лэди Макбетъ).

Одурѣніе отъ сна наблюдается у людей, повиднмому, совершенно здоровыхъ, когда они сами просыпаются, а еще чаще, когда ихъ внезапно разбудятъ, что вызываетъ появленіе сновъ; при этомъ двигательная сфера включается, прежде чѣмъ сонъ исчезъ. Изрѣдка при этомъ совершаются неловкіе поступки, а при устрашающихъ представленіяхъ можетъ быть совершенно убійство. Особый видъ этого одурѣнія, часто встрѣчающійся у дѣтей представляетъ pavor nocturnus: дѣти со страшнымъ крикомъ просыпаютя, большей частью въ началѣ ночи и несмотря на всѣ попытки разбудить ихъ и успокоить они приходятъ въ себя только черезъ нѣсколько минутъ или даже черезъ болѣе продолжительное время. Въ основѣ этого снидрома иногда лежатъ чисто психическія причины, въ другихъ же случаяхъ затрудненіе дыханія. — Послѣ сонныхъ сумеречныхъ состояній, обычно, тоже слѣдуетъ амнезія.

„Сознательность".

Разстройствамъ сознанія нужно противопоставить сознательность; значеніе этого понятія для всѣхъ ясно, хотя точно опредѣлить его трудно. Состояніе сознательности характеризуется отсутствіемъ какихъ бы то ни было разстройствъ сознанія, оріентировка хороша, аффекты не ведутъ ни къ безразсудству, ни къ ступору.

Меланхоликъ, будь онъ какъ угодно заторможенъ, можетъ всетаки оріентироваться и мыслить нормально въ предѣлахъ доступнаго ему круга идей; слѣдовательно онъ сознателенъ. Большинство хроническихъ состояній шизофреніи не страдаютъ отсутствіемъ сознательности, хотя временами больные могутъ совершать нелѣпые поступки. Главная масса мыслительныхъ функцій протекаетъ правильно; главнымъ образомъ хороша оріентировка и по многимъ предметамъ съ больнымъ можно правильно столковаться. По Jaspers'у объективными признаками сознательности являются оріентировка, способность толково отвѣчать на вопросы и примѣчать.

Вышеуказанное понятіе потому важно, что одинъ и тотъ же симптомъ у сознательнаго больного пріобрѣтаетъ совсѣмъ другое значеніе, чѣмъ при разстройствѣ сознанія: самыя спутанныя бредовыя идеи сами по себѣ не имѣютъ плохого значенія, если они наблюдаются въ сумеречномъ состояніи, тоже относится и къ тѣлеснымъ галлюцинаціямъ. Тѣ же симптомы у сознательнаго больного указываютъ на тяжелое, обычно шизофреническое состояніе.

7. Разстройство аффективности.

Такъ какъ аффективный складъ подверженъ у отдѣльныхъ людей большимъ колебаніямъ, онъ легче всего переходитъ за предѣлы „нормы": такъ называемые психопаты почти безъ исключенія тимопаты; далѣе, такъ какъ аффективность господствуетъ надъ другими функціями, она въ психопатологіи — даже при малыхъ отклоненіяхъ — играетъ выдающуюся роль; это обусловливается не только собственно аффективными болѣзненными явленіями, но преимущественно тѣмъ, что при любыхъ разстройствахъ именно аффективные механизмы раньше всего выявляютъ симптомы. То, что мы называемъ психогеннымъ, чаще всего тимогенно. Аффекты, вліяя на ассоціаціи, создаютъ бредовыя идеи, систематическое расщепленіе личности, истериформныя сумеречныя состоянія; вытѣсненное изъ сознанія неудовольствіе является источникомъ большинства невротическихъ симптомомъ; перемѣщенія и ирраціаціи производятъ навязчивыя идеи и поступки и т. д. Чрезвычайно патогенныя качества обнаруживаютъ амбивалентные аффективные комплексы. Для избѣжанія повтореніи мы не будемъ здѣсь останавливаться на причинномъ значеніи аффектовъ; соотвѣтствующія указанія будемъ дѣлать при описаніи возникновенія отдѣльныхъ симптомовъ. Здѣсь перейдемъ прямо къ феноменологіи разстройствъ аффекта.

Первичными разстройствами аффекта мы называемъ тѣ разстройства которые исходятъ извнутри; сюда относятся: меланхолическій и маніакальный складъ аффекта, эйфорія хроническихъ алкоголиковъ, колебанія настроенія эпилептиковъ и имбецилликовъ; далѣе сюда же, конечно, относится ненормальная отъ рожденія „установка" аффекта. Послѣдняя можетъ имѣть самостоятельное значеніе („хроническія болѣзни настроенія") или же она образуютъ почву, на которой возникаютъ другія болѣзни. Чтобы стать истеричнымъ или паралитикомъ нужно имѣть опредѣ-

ленную аффективную конституцію, которая обычно бываетъ врожденной. Подобныя болѣзненныя конситуціи обычно, представляютъ въ преувеличенномъ видѣ разновидности характера, встрѣчающіяся у здоровыхъ („темпераменты").

Къ первичнымъ разстройствамъ аффекта относятся также тѣ, которыя представляютъ болѣзненную, но качественно адэкватную реакцію на событія; и тутъ конституція представляетъ самый существенный моментъ заболѣванія, аффектъ является уже вторичнымъ явленіемъ т. е. слѣдствіемъ переживанія; но тотъ фактъ, что аффектъ раздувается до размѣровъ болѣзни, обусловленъ непосредственно конституціей и слѣдовательно его нужно считать первичнымъ для данной группировки разстройствъ: мать теряетъ свое дитя и въ теченіи многихъ лѣтъ груститъ, не можетъ оправиться отъ удара: болѣзненно долгая продолжительность аффекта. Въ другомъ случаѣ мать можетъ такъ сильно реагировать на потерю ребенка, что она перестаетъ работать, не можетъ ѣсть, всецѣло поглощена горемъ и ничѣмъ не отличается отъ меланхолички: болѣзненная сила аффекта.

Вторичными разстройствами аффекта мы называемъ тѣ, которыя представляютъ нормальную реакцію на болѣзненный умственный процессъ: параноикъ думаетъ, что онъ сдѣлалъ міровой важности открытіе; настроеніе у него повышается или же ему кажется, что его преслѣдуютъ и онъ возбуждается. Въ обоихъ случаяхъ аффекты представляютъ нормальную реакцію на болѣзненныя идеи; само по себѣ образованіе аффекта нормально. Точно также бываетъ вторичная апатія, напр. у органиковъ, которые не понимаютъ многихъ переживаній и естественно не могутъ на нихъ реагировать. Стоитъ имъ понять значеніе событія, и они на него реагируютъ очень живо.

Вторичное разстройство аффекта совсѣмъ другого порядка представляютъ болѣзненныя иррадіаціи и перемѣщенія аффектовъ:

Больная терпѣть не можетъ и боится супов, въ которыхъ имѣются предметы напоминающіе своей формой рога, такъ какъ ее разъ перепугалъ быкъ, при чемъ особенное впечатлѣніе произвели на нее его половые органы и рога. Одна шизофреничка Speyer'а возненавидѣла одного помѣщика, такъ какъ онъ обманулъ ея мужа. Когда ей пришлось въ глуши въ имѣніи рожать, ей вмѣсто акушерки должна была помочь жена помѣщика. Больная перенесла ненависть съ помѣщика на его жену, съ жены на своего собственнаго ребенка, котораго она до смерти мучила.

Большинство разстройствъ аффекта является преходящими эпизодами; длительныя же разстройства большей частью бываютъ врожденныя; рѣдко длительныя разстройства аффекта бываютъ пріобрѣтенныя; такъ, хроническая эйфорія алкоголиковъ, неустойчивость или же длительная эйфорическая или депрессивная установка органиковъ, упорство и сила аффектовъ у эпилептиковъ.

Болѣзненная депрессія.

Состояніе общей депрессіи характеризуется тѣмъ, что всѣ переживанія внутреннія и внѣшнія сопровождаются душевной болью разной степени. Болѣе легкіе случаи подобны нормальной подавленности. Труднѣе вдуматься и понять аффективную ситуацію тяжелаго меланхолика. Онъ все потерялъ, что было для него цѣнно

и кромѣ того онъ ждетъ въ будущемъ для себя и своихъ близкихъ еще худшаго, самаго плохого, что можно себѣ только вообразить. Отъ „отвлеченія“ боль только усиливается, такъ какъ это увеличиваетъ количество впечатлѣній, которыя могутъ быть только непріятны; исключеніе составляютъ случаи, когда больной чувствуетъ что ему вездѣ плохо и это гонитъ его съ мѣста на мѣсто. Воспріятія, часто, принимаютъ характеръ чего то чужого, жуткаго, однообразнаго; все видится въ сѣромъ цвѣтѣ, предметы стоятъ косо, пища потеряла всякій вкусъ. Мышленіе не только окрашено въ непріятный тонъ, но кромѣ того вообще затруднено, только тяжелыя мысли приходятъ въ голову; мысли пріятнаго содержанія появляются только въ качествѣ мимолетныхъ представленій и не имѣютъ вліянія на сужденіе и самочувствіе больного. Онъ никакъ не можетъ рѣшиться на какое нибудь дѣйствіе, и если даже двинется съ мѣста, то съ большимъ трудомъ.

Теченіе мыслей заторможено, идетъ медленно; больной съ трудомъ можетъ что либо продумать, ему тяжело или даже невозможно перемѣнить цѣлевое представленіе; онъ постоянно возвращается къ однимъ и тѣмъ же печальнымъ идеямъ или вовсе не можетъ отъ нихъ отдѣлаться, и постоянно носится съ одними и тѣми же, полными отчаянія, мыслями (монидеизмъ).

Среди отдѣльныхъ видовъ депрессіи изъ которыхъ упомянемъ горе, отчаянье, угрызеніе совѣсти, особенное мѣсто занимаетъ тоскливый страхъ. Часто онъ связанъ съ обычными формами депрессіи, являясь простымъ ихъ осложненіемъ; однако онъ можетъ наблюдаться и изолированно. Нѣкоторые поэтому (исходя изъ разныхъ точекъ зрѣнія) хотятъ выдѣлить въ качествѣ отдѣльной болѣзненной формы психозъ и неврозъ тоскливаго страха. Тоскливый страхъ бываетъ во всякомъ случаѣ различнаго происхожденія: во многихъ случаяхъ онъ опредѣленно связанъ съ затрудненіемъ кислороднаго дыханія тканей (болѣзни сердца, органовъ дыханія, крови). Кромѣ того несомнѣнно — это было уже извѣстно раньше и только Freud ярко это освѣтилъ — тоскливый страхъ стоитъ въ какой то зависимости отъ половой сферы. Возбужденная, но не удовлетворенная половая жизнь ведетъ къ различнымъ формамъ тоски. По Freud'у половое напряженіе, половой аффектъ „превращается“ въ тоску, что можетъ быть и невѣрно, хотя половое удовлетвореніе можетъ иногда устранить тоску и хотя приступы тоски по мнѣнію всѣхъ могутъ превращаться въ другіе синдромы: неутолимый голодъ, потъ, астматическіе приступы, поносы, головокруженія и т. д. Мы знаемъ далѣе, что и въ нормѣ сексуальность имѣетъ тоскливую компоненту, и что далеко нерѣдко оргазмъ вызывается тоскливыми ситуаціями (напр. даже, когда человѣкъ спѣшитъ на вокзалъ, или когда учитель бранитъ въ школѣ или задаетъ трудныя задачи). Во многихъ случаяхъ психозовъ, связанныхъ съ тоскливымъ страхомъ, мы видимъ необузданное влеченіе къ онанизму, который исчезаетъ съ исчезновеніемъ аффекта. Однако должны быть еще и другіе патологическіе источники тоски. Тамъ, гдѣ неизвѣстные еще намъ точно тѣлесные процессы вызываютъ вообще депрессію, они могутъ вызвать также и тоску, т. е. при

всѣхъ меланхолическихъ состояніяхъ самыхъ разнообразныхъ болѣзненныхъ формъ.

Тоска можетъ скорѣе всякихъ другихъ аффектовъ потерять связь съ представленіемъ: больной можетъ тосковать, самъ не зная почему, и даже можетъ знать, что нѣтъ никакихъ основаній къ этому („свободная тоска" по теоріи Freud'a). Во многихъ случаяхъ страхъ сначала выискиваетъ себѣ представленія, къ которымъ онъ присоединяется, и которыя потомъ производятъ впечатлѣніе какъ будто страхъ ими обусловленъ. Большей частью легко доказать, что эти представленія возникли вторично: тоскливый больной всегда что нибудь найдетъ, что можетъ причинить тоску и страхъ, запутанное денежное положеніе, незначительный симптомъ тѣлеснаго заболѣванія у себя или у другихъ, какой нибудь проступокъ, который онъ когда то сдѣлалъ; однако тоска не станетъ лучше, если убѣдить его, что его представленіе невѣрно, онъ просто найдетъ для своей тоски другую идею, которая часто представляетъ, просто, продуктъ фантазіи, тоскливую бредовую идею.

Кататимическій страхъ за опредѣленнаго члена семьи представляетъ обычно — и у здоровыхъ и у больныхъ — проявленіе (вытѣсненнаго) желанія избавиться отъ этого лица. Шизофреничка въ скрытомъ періодѣ болѣзни имѣетъ ребенка отъ нелюбимаго мужчины и уже при родахъ акушеркѣ бросается въ глаза тоскливый страхъ больной: „какъ бы чего съ ребенкомъ не случилось!" Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ она его отравила. Дѣвушка заболѣваетъ преувеличеннымъ страхомъ за свою мать; какъ только та выходитъ изъ дому, дочь должна стоять у окна и смотрѣть, не случилось ли чего съ матерью, возвращается ли она назадъ. Дѣвушка эта очень привязана къ отцу и ревнуетъ къ матери.

Тоскливый страхъ чаще и рѣзче чѣмъ другіе аффекты сопровождается тѣлесными симптомами, особенно часто усиленнымъ тонусомъ сердца, который даетъ ощущеніе тяжести, давленія и даже боли въ груди, хотя бы и сердцебіенія при этомъ и не было. Боль можетъ даже, какъ при грудной жабѣ, отдавать въ лѣвую руку. И въ животѣ больные могутъ чувствовать перебираніе или пульсированіе или горячій потокъ; чувство жара можетъ ударять и въ голову, гдѣ могутъ быть и другія непріятныя ощущенія, стукъ, давленіе, голова какъ налитая. Часто тоска локализуется на мѣстѣ наиболѣе сильнаго ощущенія, такъ больные говорятъ о предсердечной тоскѣ, наиболѣе частомъ спутникѣ всѣхъ депрессій, о тоскѣ въ головѣ и т. д.

Депрессія вообще имѣетъ много ясныхъ тѣлесныхъ симптомовъ. Жизненный тонусъ весь пониженъ, больные кажутся постарѣвшими; обмѣнъ веществъ и аппетитъ рѣзко разстроены. Мышечный тонусъ пониженъ особенно въ разгибателяхъ и отводящихъ мышцахъ. Послѣднія приводятся въ движенія труднѣе, чѣмъ ихъ антагонисты; всѣ вообще движенія ограничены и медлены. Больной держится однообразно, слабо, полусогнувшись, съ наклонностью прижимать конечности. Когда больной пишетъ, строки обычно уклоняются внизъ.

Во многихъ случаяхъ, особенно при тоскѣ, наблюдается вмѣсто двигательнаго заторможенія стремленіе выразить движеніями внутреннее напряженіе или разрядить его такимъ путемъ (melancholia agitata). Нѣкоторые меланхолики противъ обыкновенія не знаютъ чувства усталости, постоянно бѣгаютъ и, если имъ только позволить, совершаютъ длинныя, безконечныя прогулки.

Иногда наоборотъ тоска можетъ затормозить до полной неподвижности всѣ движенія и психическіе процессы. Это вообще вполнѣ мыслимо по аналогіи съ нормальнымъ дѣйствіемъ тоскливаго страха; однако понимаемая такимъ образомъ attonitas въ большинствѣ случаевъ несомнѣнно относится къ шизофреніи, гдѣ она можетъ наблюдаться безъ всякой тоски.

Дыханіе легко разстраивается, вдыханіе не объемисто, что часто вызываетъ чувство стѣсненія въ груди; пульсъ острый малый, артерія сокращена; тоска повышаетъ кровяное давленіе.

Усиленный тонусъ глотательныхъ мышцъ причиняетъ часто мучительное чувство стягиванія и подаетъ поводъ къ жалобамъ и отказу отъ пищи. Кромѣ того депрессія можетъ сопровождаться всевозможными другими диззэстезіями.

Депрессіи наблюдаются при самыхъ разнообразныхъ психозахъ; раньше думали, что депрессіями вообще начинаются всѣ психозы. Съ возрастомъ наклонность къ депрессіи растетъ и, чѣмъ больше разстройство кровообращенія, тѣмъ больше наклонность къ тоскливымъ возбужденіямъ. Въ депрессивныхъ приступахъ маніакально-депрессивнаго психоза депрессія представляетъ существенный симптомъ. Однако несомнѣнно существуютъ и депрессіи другого рода, которыхъ мы еще не можемъ характеризовать. Тоскливый страхъ является важнымъ симптомомъ фобій, онъ сопровождаетъ также навязчивыя идеи и навязчивые поступки.

Болѣзненно-повышенное настроеніе (Экзальтація, эйфорія).

Различаютъ два рода экзальтацій, хотя между ними имѣются многочисленныя промежуточныя формы. При простой эйфоріи человѣкъ особенно ярко вкушаетъ прелесть жизни и своего собственнаго существованія; ощущенія и мысли носятъ пріятный характеръ. Къ этой категоріи относятся жизнерадостныя натуры среди здоровыхъ, а среди больныхъ паралитики не совсѣмъ маніакальные, рѣже сенильные больные, иногда эйфорически настроенные эпилептики (болѣзненная эйфорія). При второй формѣ, которая называется экзальтаціей въ собственномъ смыслѣ слова, безмѣрно повышены и самосознаніе и влеченія и предъявляемыя ко всему требованія. Вслѣдствіе этого неизбѣжно возникаютъ конфликты, ведущіе къ тяжелымъ вспышкамъ гнѣва. Состоянія, при которыхъ наблюдается этотъ симптомъ вмѣстѣ со скачкой идей и суетливостью, мы называемъ маніакальнымъ, а аффективное состояніе — маніакальнымъ настроеніемъ. Эту же экзальтацію, но въ болѣе легкой формѣ и безъ скачки идей мы наблюдаемъ при обыкновенной алкогольной эйфоріи.

Чувство удовольствія можетъ быть конечно разной степени: веселость, распущенность, эстетическое наслажденіе, общее невыразимое чувство радости (послѣднее особенно часто бываетъ при прогр. параличѣ). Наблюдающееся при восторжености чувство блаженства принципіально отличается отъ маніакальной эйфоріи не только качественно, но и въ смыслѣ механизма происхожденія: у истеричныхъ онъ носитъ кататимическій характеръ, у эпилептиковъ обычно автотоксическій, у шизофрениковъ то тотъ, то другой.

Настроеніе у этихъ больныхъ гораздо болѣе неустойчивое, чѣмъ у депрессивныхъ больныхъ, что вполнѣ соотвѣтствуетъ натурѣ положительныхъ аффектовъ у здоровыхъ. Аффектъ этихъ (маніакальныхъ) больныхъ колеблется соотвѣтственно темѣ разговора, все же основной эйфорическій тонъ ихъ не покидаетъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ однако колебаніе аффекта можетъ дойти до депрессіи, грустныя представленія могутъ растрогать больного до слезъ.

Подобно тому какъ при депрессіи мы наблюдаемъ заторможеніе теченія представленій, такъ при экзальтаціи мы видимъ облегченіе теченія, доходящее до скачки идей, а также облегченіе перехода мысли въ дѣйствіе. Маніакальные больные кажутся помолодѣвшими, жизненный тонусъ у нихъ повышенъ, осанка представляетъ прямую противоположность депрессіи. Остальные тѣлесные симптомы менѣе выражены, чѣмъ при депрессіи, хотя пульсъ имѣетъ тенденцію становиться мягкимъ и полнымъ.

Экзальтація, какъ и депрессія, можетъ наблюдаться въ теченіи всякой болъзни; она составляетъ непремѣнную принадлежность маніакальнаго состоянія и одно изъ проявленій болѣзни въ собственномъ смыслѣ этого слова при маніакально депрессивномъ психозѣ. Въ качествѣ хроническаго измѣненія настроенія мы наблюдаемъ экзальтацію у алкоголиковъ, далѣе она составляетъ частный симптомъ психопатическихъ конституцій.

Болѣзненная раздражительность.

Равномѣрно усиленное повышеніе всѣхъ аффектовъ можетъ составить основу патологическаго характера или истерическихъ и схожихъ съ ними состояній. Далѣе, подобное отклоненіе отъ нормы встрѣчается при органическихъ психозахъ и эпилепсіи; въ видѣ временнаго явленія мы его видимъ и при простомъ истощеніи, при которомъ наблюдаются не только эндогенныя но и относительныя измѣненія настроенія и „аффективные кризы". Подъ словомъ болѣзненная раздражительность мы понимаемъ особенную наклонность къ досадѣ, гнѣву и ярости[1]. Она наблюдается у неврастениковъ, которые могутъ чрезмѣрно сердиться на всякую помѣху или слишкомъ сильное впечатлѣніе. У душевнобольныхъ (въ собственномъ смыслѣ этого слова) эта наклонность встрѣчается, какъ частный признакъ экзальтаціи, затѣмъ она сопровождаетъ всѣ формы слабоумія въ качествѣ самостоятельнаго разстройства аффекта. Отчасти это происходитъ потому, что ярость представляетъ нормальную реакцію на опасное положеніе, котораго мы не понимаемъ; тутъ разсужденіе не помогаетъ, наоборотъ часто можно еще спасти жизнь, если слѣпо начать бить все кругомъ себя или ринуться впередъ, не обращая вниманія ни на окружающее, ни на свою собственную безопасность.

Въ другихъ случаяхъ раздражительнаго характера мы видимъ обратное явленіе: разстройство интеллекта, неправильное пониманіе обстановки и болѣзненное перенесеніе всего на собственную личность является слѣдствіемь аффекта раздражительности, хотя въ общемъ такіе люди всегда производятъ впечатлѣніе одностороннихъ, „ограниченныхъ", несмотря на хорошій въ общемъ интеллектъ.

У имбециликовъ наблюдаютси кромѣ того измѣненія настроенія внутренняго происхожденія, легко принимающія форму раздражительной неясности мышленія. Тутъ мы часще всего наблюдаемъ странный симптомъ бѣшенства, а именно: поступки больного направлены противъ него самого (у другихъ больныхъ это представляетъ рѣдкое

[1]) Предрасположеніе къ досадѣ невсегда совпадаетъ съ предрасположеніемъ къ ярости.

явленіе), больные рвутъ на себѣ волосы, ломаютъ вещи и ранятъ себя при этомъ. Часто они рвутъ только платье. Шизофреники часто разрушаютъ все кругомъ себя и свое платье тоже, то вслѣдствіе внутренняго возбужденія, то въ отвѣтъ на событія, объективно ничтожныя. Въ тяжелыхъ случаяхъ шизофреніи взрывы ярости и гнѣва являются единственными сохранившимися признаками аффекта, а въ болѣе легкихъ случаяхъ раздражительность — не столь рѣзкая — представляетъ единственный признакъ болѣзни, обращающій на себя вниманіе окружающихъ. У эпилептиковъ мы часто видимъ хроническую раздражительность въ качествѣ частнаго симптома общаго повышенія интенсивности аффектовъ, кромѣ того раздражительность встрѣчается у нихъ и въ видѣ преходящаго явленія, какъ у имбециликовъ.

Апатія.

Апатія въ смыслѣ полнаго уничтоженія аффектовъ не встрѣчается повидимому при психозахъ; даже при тяжелѣйшихъ органическихъ разрушеніяхъ мозга мы видимъ, что аффекты продолжаютъ существовать. Однако бываютъ случаи шизофреніи, которые годами не обнаруживаютъ признаковъ влеченій или аффектовъ. Старческіе больные, плохо разбирающіеся въ окружающемъ, часто обнаруживаютъ полное отсутствіе интереса ко всему, что происходитъ вокругъ нихъ, но не къ тому, что имѣетъ непосредственное къ нимъ отношеніе. Меланхоликовъ, подавленныхъ своимъ страданіемъ до такой степени, что все остальное имъ кажется маловажнымъ, часто ошибочно считаютъ апатичными; многіе изъ нихъ сами заявляютъ, что они потеряли всякое чувство, что они апатичны, такъ какъ огромное страданіе, составляюшее ихъ болѣзнь, лишаетъ ихъ возможности испытывать какое либо чувство къ своей семьѣ. Наряду съ неврастенической раздражительностью бываетъ и неврастеническое равнодушіе, которому ни до чего дѣла нѣтъ: еще чаще мы видимъ, что истеричные на короткое время закрываютъ доступъ къ себѣ всѣмъ аффектамъ и производятъ впечатлѣніе апатичныхъ. Описанные французами длительно апатичные „психастеники", по моему мнѣнію, относятся къ шизофреніи.

Измѣненіе продолжительности аффектовъ.

Ненормально большую продолжительность аффектовъ мы видимъ у нѣкоторыхъ не душевнобольныхъ людей, когда они не могутъ отдѣлаться отъ своего настроенія, напр. должны всегда носить въ себѣ ненависть. У эпилептиковъ разъ вызванные аффекты тоже могутъ ненормально долго тянуться несмотря на то, что въ промежуткѣ больные испытываютъ другія переживанія. Врожденно слабоумный тоже можетъ на нѣсколько дней возбудиться изъ за мелкой непріятности. Аффективная отвлекаемость этихъ больныхъ слишкомъ мала.

Важнѣе и лучше изучена слишкомъ большая неустойчивость, лябильность аффектовъ, уменьшеніе ихъ продолжительности и увеличеніе ихъ отвлекаемости. Дѣти въ нормѣ неустойчивы, съ ними не безъ основанія сравниваютъ старческихъ

больныхъ, нужно однако при этомъ имѣть въ виду всѣхъ органическихъ больныхъ: у нихъ всѣ аффекты легко вспыхиваютъ, но не надолго, особенно легко отвлечь ихъ въ сторону. Неустойчивость аффектовъ представляетъ обычное явленіе также въ интервалахъ далеко зашедшаго маніакально депрессивнаго психоза. У имбециликовъ тоже можно встрѣтить это разстройство.

Недержаніе эмоцій.

Большинство больныхъ, страдающихъ лябильностью чувствъ, хуже владѣютъ собою, чѣмъ здоровые люди. Они должны поддаваться всякому аффекту, не могутъ не проявлять его наружу и подчиняютъ ему свои поступки. Однако лябильность и недержаніе аффектовъ не всегда идутъ рядомъ. Существуютъ люди безъ особенной неустойчивости, которые однако не могутъ обуздать своихъ чувствъ. Одинъ изъ нашихъ имбециликовъ, еще довольно хорошо работавшій, къ своему огорченію не могъ никакъ играть въ карты, такъ какъ своимъ выраженіемъ лица (веселымъ или разстроеннымъ) онъ сейчасъ же выдавалъ свои карты, и его партнеры сейчасъ же догадывались, хорошія или плохія у него карты. Душевнобольные не часто могутъ владѣтъ патологическими аффектами настолько, чтобы это не отражалось на ихъ поступкахъ. Если имѣется аффектъ, больные поступаютъ сообразно съ нимъ. Лучше всего диссимулируютъ меланхолики, они это дѣлаютъ главнымъ образомъ для того, чтобы улучить удобный случай для самоубійства.

Аффективная двойственность (амбивалентность).

Уже въ нормѣ человѣкъ иногда чувствуетъ въ себѣ двѣ души, онъ боится чего то и въ то же время желаетъ этого, напр. операціи, занятія новой должности. Чаще и рѣзче всего мы видимъ такой двойственный аффектъ по отношенію къ представленіямъ о лицахъ, которыхъ мы ненавидимъ или боимся и въ то же время любимъ, особенно, если при этомъ задѣта и сексуальность, которая въ себѣ самой заключаетъ могучій положительный и почти столь же могучій отрицательный факторъ; послѣдній между прочимъ обусловливаетъ чувство стыда, всѣ половыя задерживающія вліянія, отрицательную оцѣнку половой жизни какъ грѣха, и признаніе цѣломудрія высокой добродѣтелью [1]).

У здороваго человѣка однако подобныя двойственныя чувства составляютъ исключеніе; въ общемъ, онъ обычно держится равнодѣйствующей противоположныхъ оцѣнокъ; плохія качества уменьшаютъ его любовь, хорошія уменьшаютъ ненависть. Больному часто бываетъ трудно свести оба влеченія; онъ и любитъ, и ненавидитъ, и оба аффекта не вліяютъ одинъ на другой и не ослабляютъ другъ друга. Ему хочется смерти жены, и когда галлюцинація ему это представляетъ, онъ приходитъ въ отчаяніе, однако тутъ же можетъ не только плакать, но и смѣяться по этому поводу.

---

[1]) Bleuler, Половое сопротивленіе. Jahrbuch f. psychoanalytische Forschungen, Bd. V. 1913.

Изъ всѣхъ комплексовъ именно амбивалентные имѣютъ преимущественное вліяніе на патологію (и на многія явленія нормальной психики, сны, поэзію и т. д.). Очень часто они отчетливо наблюдаются при шизофреніи, гдѣ мы можемъ непосредственно видѣть двойственность аффекта; въ неврозахъ суть многихъ симптомовъ кроется въ этой же двойственности.

Врожденное отсутствіе и извращеніе отдѣльныхъ группъ аффектовъ.

Описано только врожденное отсутствіе нравственнаго чувства, кромѣ того наблюдается, хотя очень рѣдко, отсутствіе сексуальности со всѣми сюда относящимися аффектами.

Неправильные, извращенные аффекты, при которыхъ влеченіе стоитъ на первомъ планѣ (половое влеченіе, влеченіе къ пищѣ) см. главу о влеченіяхъ.

Разстройства аффектовъ при отдѣльныхъ болѣзняхъ.

См. симптоматологію болѣзней въ отдѣлѣ частной психіатріи.

Патологія аффективныхъ разстройствъ.

Причины аффективныхъ разстройствъ еще во многомъ неясны. Несомнѣнно, что онѣ очень различны. Въ нормѣ колебанія аффекта проявляются въ степени чувственнаго тона умственныхъ переживаній, затѣмъ мы видимъ эти колебанія при интоксикаціи (азкоголь), кромѣ того они сопутствуютъ нѣкоторымъ соматическимъ болѣзнямъ, причемъ существеннымъ моментомъ являются химическія воздѣйствія.

Конечно и въ патологіи мы должны прежде всего искать тѣхъ же причинъ. Несомнѣнно, бываютъ аффективныя разстройства на почвѣ вытѣсненія аффектовъ: данный человѣкъ скорѣе гомосексуаленъ, чѣмъ гетеросексуаленъ и поэтому очень недоволенъ своимъ бракомъ, однако не можетъ разобраться въ чемъ дѣло, тѣмъ болѣе, что жену свою онъ любитъ и по внѣшности они хорошо ладятъ между собою. Онъ впадаетъ въ депрессію, которая проходитъ, послѣ того, какъ ему все стало ясно и онъ соотвѣтственно устроился. Другія измѣненія настроенія могутъ возникнуть вслѣдствіе суммированія цѣлаго ряда событія, дѣйствующихъ все въ одномъ направленіи. Эти механизмы имѣютъ значеніе не столько для психозовъ въ собственномъ смыслѣ этого слова, сколько для такъ называемыхъ неврозовъ.

Интересно отмѣтить, что кататимическіе аффекты гораздо легче, чѣмъ патологическія настроенія переносятся на собственную личность и доводятъ до образованія ясно выраженнаго бреда; невозможность „отреагировать“ приводитъ къ непріятнымъ послѣдствіямъ тоже почти исключительно при кататимическихъ аффектахъ. Измѣненія настроенія у эпилептиковъ и имбециликовъ слѣдуетъ приписать токсическимъ вліяніямъ. Перемѣщеніе аффектовъ при маніакально депрессивномъ психозѣ многіе склоны приписать подобнымъ же причинамъ; однако, приходится отмѣтить фактъ, что многіе маніакально-депрессивные больные и въ здоровыхъ интервалахъ ненормально сильно реагируютъ на психическія раздраженія; можно даже провести параллель между приступами болѣзни и этими психогенными колебаніями. Такое же значеніе имѣетъ и тотъ фактъ, что небольшая часть маніакально-депрессивныхъ приступовъ все же вызывается причинами психическаго свойства, и что существуютъ измѣненія настроенія, которыя при теперешнемъ по крайней мѣрѣ состояніи нашихъ знаній кажутся одинаковыми съ маніакально-депрессивными, однако къ этой болѣзни не принадлежатъ и вызываются психическими причинами.

Маніакальныя и меланхолическія настроенія при другихъ болѣзняхъ большею частью обусловлены болѣзненнымъ процессомъ (химическимъ или анатомическимъ), при этомъ мы рѣшительно не знаемъ, почему прогр. параличъ напр. разъ даетъ маніакальную, другой разъ меланхолическую картину болѣзни. Что послѣднее время многое стали приписывать вліянію кровяныхъ железъ, понятно само собою.

Длительныя аффективныя разстройства органиковъ (неустойчивость) видимо представляютъ частный симптомъ общаго мозгового разстройства. И въ области памяти наблюдается недостаточная устойчивость психизмовъ, ограниченіе ассоціацій тоже должно способствовать тому, что реакція вызывается только ситуаціей даннаго момента. У эпилептиковъ наоборотъ и всѣ остальные психизмы протекаютъ медленно; оторваться отъ одной какой либо идеи имъ такъ же трудно, какъ и измѣнить аффектъ.

8. Разстройства вниманія.

Патологія вниманія очень сложна, такъ какъ она подвержена большому воздѣйствію другихъ функцій. Истощеніе и многія болѣзненныя состоянія отнимаютъ способность сосредоточиться. Объемъ вниманія опредѣляется количествомъ одновременно возможныхъ ассоціацій, слѣдовательно онъ пониженъ у органиковъ; повышенная возбудимость психическихъ процессовъ у маніакальныхъ больныхъ уничтожаетъ тормозящее вліяніе, путемъ котораго напряженіе упорства (вниманія) противодѣйствуетъ отвлекающимъ впечатлѣніямъ; отсутствіе упорства вниманія у органиковъ часто неравномѣрно и съ избыткомъ компенсируется торпидной неповоротливостью психическихъ процессовъ, такъ что къ недостаточному упорству присоединяется вторичная пониженная живость. Въ сумеречныхъ состояніяхъ, отравленіяхъ и т. п., когда мышленіе становится слишкомъ неяснымъ, вниманіе почти совсѣмъ отсутствуетъ, (даже когда наличіе аффектовъ не подлежитъ сомнѣнію), такъ какъ внутреннія и внѣшія стремленія теряютъ свою связь. Въ виду всего этого мы въ дальнѣйшемъ изложимъ лишь важнѣйшія данныя въ нѣсколько упрощенномъ схематическомъ видѣ.

Вниманіе ceteris paribus варіируетъ параллельно аффектамъ. Если послѣдніе неустойчивы или интересъ къ самымъ различнымъ идеямъ проявляется одинаковый (нивеллировка идей въ направленіи вверхъ при маніакальныхъ состояніяхъ, и въ направленіи внизъ до нуля при безразличіи и отсутствіи пониманія), то естественно живость и отвлекаемость вниманія очень велики. Упорство вниманія можетъ и не быть пониженнымъ, такъ какъ при отсутствіи отвлеченія, тема можетъ хорошо фиксироваться, однако рѣдко бываетъ, чтобы вниманіе долгое время не отвлекалось внѣшними и внутренними причинами.

Если аффекты устойчивы, упорство вниманія можетъ быть значительнымъ.

Сосредоточеніе вниманія зависитъ преимущественно отъ силы аффективности, однако при неустойчивыхъ аффектахъ бываетъ обычно неудовлетворительнымъ.

Будетъ ли — при слабыхъ аффектахъ и недостаточномъ сосредоточеніи — упорство вниманія достаточнымъ или нѣтъ, зависитъ отъ привходящихъ моментовъ. Апатичный шизофреникъ можетъ цѣлыхъ полдня сосредоточить всѣ ничтожныя силы своего вниманія на ниточкѣ, которую онъ держитъ въ рукѣ, и наоборотъ его можетъ отвлечь любой пустякъ, такъ какъ онъ, можно сказать, ничѣмъ не заинтересовывается. Пониженныя упорство и живость вниманія обычно наблюдаются тамъ, гдѣ аффекты и интеллектъ очень понижены, такъ напр. при состояніяхъ оглушенности, у апатичныхъ имбециликовъ и т. д.

При chorea minor и упорство, и живость понижены, то же наблюдается у нѣкоторыхъ торпидныхъ идіотовъ, хотя въ этомъ случаѣ это генетически не то.

Быструю утомляемость вниманія мы наблюдаемъ у многихъ органиковъ, особенно при грубыхъ очаговыхъ пораженіяхъ мозга, иногда и у шизофрениковъ въ острой стадіи. Однако, иногда наоборотъ у органиковъ проходитъ много времени, пока они сосредоточатъ вниманіе въ желаемомъ направленіи. Изъ за этого опыты съ воспріятіемъ сначала очень плохо выходятъ у этихъ больныхъ, но въ дальнѣйшемъ результаты улучшаются съ тѣмъ, что наступающее утомленіе опять ухудшаетъ результатъ.

Объемъ вниманія уменьшенъ: у олигафрениковъ и органиковъ благодаря суженію ассоціацій, у меланхоликовъ и параноиковъ благодаря одностороннему интересу, а у эпилептиковъ вліяютъ оба момента вмѣстѣ. У параноиковъ и при параноидныхъ формахъ мы наблюдаемъ въ качествѣ важнаго симптома систематизированную живость вниманія, болѣзненную **ассоціативную готовность** по отношенію къ переживаніямъ, связаннымъ съ бредовыми идеями (ср. бредъ отношенія).

У органиковъ **обычное** вниманіе разстраивается раньше и сильнѣе, нежели максимальное. Больные могутъ напр. въ смыслѣ вниманія производить впечатлѣніе нормальныхъ людей во время клинической демонстраціи, и въ то же время могутъ въ отдѣленіи, гдѣ они находятся уже нѣсколько недѣль, совершенно не оріентироваться, не находить своей кровати, своей спальни: они, если ихъ ничто къ этому особенно не побуждаетъ, не регистрируютъ того, что происходитъ кругомъ нихъ и даже съ ними самими. Память и вся совокупность оріентировки могутъ при этомъ быть вполнѣ удовлетворительны, такъ что дефектъ нужно всецѣло приписать вниманію. Больные, можно сказать, ни на что не обращаютъ вниманію, пока какое нибудь обстоятельство не привлечетъ ихъ вниманія, но когда это случается, ихъ вниманіе работаетъ вполнѣ нормально. Мы видимъ, такимъ образомъ, что **интенсивность** максимальнаго по крайней мѣрѣ вниманія можетъ быть вполнѣ хорошей, несмотря на сильно пониженный объемъ ассоціацій.

Упорство вниманія у органиковъ большею частью понижено. Больные не могутъ длительно заниматься однимъ дѣломъ, они отклоняются въ сторону и въ то же время устаютъ очень быстро. Вмѣстѣ съ этимъ имъ трудно перейти на новую тему: на лицо имѣется слѣдовательно одновременно пониженіе упорства и (вторичное) пониженіе живости вниманія. При маніакальныхъ состояніяхъ прогр. паралича пониженіе живости вниманія можетъ маскироваться отвлекаемостью на почвѣ скачки идей: однако при внимательномъ изслѣдованіи пониженіе живости всегда можно обнаружить; такъ напр. послѣ вопросовъ объ имени и фамиліи больные не легко могутъ сразу отвѣтить на слѣдующій вопросъ или даже просто понять его правильно, несмотря на быстрое въ общемъ теченіе психическихъ процессовъ. У пресбіофрениковъ состоянія возбужденія тоже могутъ съ избыткомъ компенсировать пониженіе живости вниманія.

Соотношеніе активнаго и пассивнаго вниманія у **шизофрениковъ** обратно тому, что мы видѣли у органиковъ; первые превосходно регистрируютъ все, что происходитъ вокругъ нихъ, даже когда не обращаютъ на это никакого вниманія, но когда имъ нужно сосре-

доточить свое вниманіе, это имъ не удается. Иногда имъ мѣшаютъ задержки („задержка вниманія“), кромѣ того они не могутъ фиксировать темы.

У шизофрениковъ наблюдается иногда навязчивое направленіе вниманія, такъ при наплывѣ мыслей, при утомленіи, по отношенію къ галлюцинаціямъ и бредовымъ идеямъ, при фобіяхъ и другихъ навязчивыхъ явленіяхъ, при патологической ассоціативной готовности.

При простомъ утомленіи обычно сила сосредоточенія и упорства вниманія сильно понижены, между тѣмъ отвлекаемость повидимому въ большей или меньшей степени усиливается.

Многіе очень охотно объясняютъ цѣлый рядъ другихъ явленій разстройствами вниманія; такъ какъ на почвѣ плохого вниманія можетъ возникнуть всевозможный вздоръ, такія объясненія даются очень легко, но между прочимъ именно поэтому они не имѣютъ никакой научной цѣнности.

9. Болѣзненная внушаемость.

Полное отсутствіе внушаемости не встрѣчается, развѣ только у больныхъ, которые ничего не понимаютъ и ни на что не реагируютъ. Иногда мы видимъ очень значительное пониженіе внушаемости у идіотовъ, которые естественно въ такомъ случаѣ уже не поддаются воспитанію. Шизофреники большею частью мало или вовсе не поддаются непосредственному внушенію, однако реагируютъ все таки (и довольно тонко) на всю совокупность окружающей обстановки. При отсутствіи у больного какой-либо аффективной группы, дѣлается конечно невозможнымъ и внушеніе въ этомъ направленіи. Нельзя на моральныхъ идіотовъ воздѣйствовать въ моральномъ смыслѣ, какъ и на нерелигіозныхъ людей нельзя дѣйствовать въ религіозномъ смыслѣ. Трудно заставить маніакальнаго паралитика вообразить себѣ что нибудь печальное, когда онъ видитъ все въ розовомъ свѣтѣ и преисполненъ счастья.

Большее значеніе имѣетъ повышеніе внушаемости. Экспериментально мы можемъ вызвать этотъ симптомъ въ гипнозѣ. Многіе люди какъ мягкое тѣсто поддаются всякому воздѣйствію; утомленія, душевныя потрясенія вліяютъ въ томъ же направленіи; недаромъ долгое время объясняли травматическіе неврозы воздѣйствіемъ депрессивныхъ впечатлѣній во время испуга. Очень внушаемы маніакальные больные, органики, алкоголики.

Внушаемость повышается отъ повышенія лябильности resp. резонанса аффектовъ, равно какъ и отъ пониженія критики, которая въ нормѣ представляетъ противовѣсъ внушаемости. Чѣмъ человѣкъ менѣе разсудителенъ, тѣмъ онъ ceteris paribus болѣе внушаемъ.

Болѣзненная внушаемость можетъ привести къ индуцированному помѣшательству, къ психическимъ и невротическимъ эпидеміямъ, къ преступленіямъ, совершаемымъ сообща и т. д.

На ряду съ положительной повышается и отрицательная внушаемость. Сенильные больные то какъ дѣти упрямы, то поддаются любому вздорному вліянію; паранойки легко даютъ себя перехитрить людямъ, къ которымъ они питаютъ довѣріе, а по отношенію къ другимъ держатся абсолютно недоступно. У шизофрениковъ мы часто видимъ автоматизмъ и эхопраксію, т. е. высокой степени внушаемость вмѣстѣ съ рѣзко выраженнымъ негативизмомъ.

Такъ называемое самовнушеніе представляетъ крупный источникъ болѣзненныхъ состояній. Почти нѣтъ неврозовъ безъ самовнушенія („больные воображаютъ себѣ"). Дѣвушка видитъ въ вагонѣ трамвая экзему на рукѣ одного изъ пассажировъ, это ее взволновало — безсознательно, такъ какъ прогр. параличъ resp. lues ея отца является однимъ изъ ея комплкксовъ. У нея развивается экзематозная сыпь на томъ же мѣстѣ[1]. Травматикъ боится, что онъ не въ состояніи будетъ прокормить свою семью и надѣется, что вознагражденіе за увѣчіе (рента) обезпечитъ ему существованіе. Онъ мнительно себя наблюдаетъ, и такимъ образомъ создаетъ себѣ необходимые болѣзненные симптомы. Дѣвушка боится задержки регулъ и какъ разъ этотъ страхъ вызываетъ временную аменоррею. — Конечно, иногда самовнушеніе наоборотъ можетъ имѣть благопріятное даже цѣлебное дѣйствіе на болѣзнь. — Примѣры показываютъ, что положительная и отрицательная внушаемость не такъ уже противоположны другъ другу, и что и то, и другое вмѣстѣ не что иное, какъ дѣйствія аффектовъ.

10. Разстройства личности.

Какъ мы видѣли, многіе понимаютъ подъ ассоціативной готовностью гиперфункцію или гипертрофію Я; однако мы отвергли такое толкованіе.

Зато наблюдаются разнообразныя измѣненія личности. Всякая душевная болѣзнь мѣняетъ личность, если не цѣликомъ, то въ извѣстномъ смыслѣ: маніакальный становится легкомысленнымъ, черезчуръ предпріимчивымъ; парадноидный, а часто и параноикъ теряютъ интересы общаго свойства и живутъ исключительно въ мірѣ бредовыхъ стремленій; эпилептикъ сосредоточиваетъ все вниманіе на своемъ тѣлесномъ благополучіи и на повседневныхъ мелочахъ; умный человѣкъ подъ вліяніемъ процесса, ведущаго къ слабоумію, становится глупымъ и неразсудительнымъ и т. д.

Не такъ просто понятны разстройства личности въ смыслѣ ея содержанія. Простой смертный считаетъ себя императоромъ; все, что онъ слышалъ про императора, кажется ему частью собственной личности: суммирующее разстройство Я, апперсонированіе. Даже ипохондрическія идеи можно пріобрѣсти такимъ путемъ: студентъ на первомъ клиническомъ семестрѣ слышитъ яркое описаніе сердечной болѣзни, видитъ ее у одного или многихъ больныхъ; это производитъ на него такое сильное впечатлѣніе, что ему иногда кажется, что онъ страдаетъ тѣмъ же порокомъ сердца (morbus medicorum).

Очень рѣдки за то вычитательныя разстройства личности. Бываетъ конечно, что опредѣленныя событія жизни забываются; шизофреники особено охотно забываютъ часть своихъ непріятныхъ переживаній и отрицаютъ bona fine совершеніе поступковъ, которые они совершили, но предпочли бы, чтобы это не было сдѣлано. Однако, явленіе это не совсѣмъ аналогично суммирующимъ разстройствамъ.

---

[1]) Friedemann und Kohnstamm. Къ патогенезу и психотерапіи Базедовой болѣзни. Zeitschr. für die gesammte Neurologie und Psychiatiie. Or. 23, 1914.

Особую разновидность вычитательнаго разстройства личности представляетъ *перемежающаяся личность*, извѣстная также подъ именемъ *двойного сознанія*. Мы имѣемъ передъ собою, скажемъ, обыкновенную истеричку, болѣе или менѣе справляющуюся съ жизнью. Вдругъ она — по какому нибудь извѣстному или неизвѣстному поводу — впадаетъ въ истерическій сонъ и, проснувшись, забываетъ всю свою прошлую жизнь; она не знаетъ, кто она такая, гдѣ она жила до сихъ поръ, что за люди ее окружаютъ. Большею частью все таки обычные навыки — умѣніе ходить говорить, ѣсть, пользоваться платьемъ — переносятся и на новое состояніе („état second"). Необходимымъ способамъ общенія съ людьми больная живо научается. На ряду съ этимъ замѣчается, что и характеръ больной измѣнился: прежде больная была скромной дѣвушкой, теперь она легкомысленна, у нея появилась жажда наслажденій. Черезъ нѣкоторое время на больную вновь находитъ сонъ, и на этотъ разъ она, проснувшись, оказывается опять въ своемъ обычномъ состояніи: она не имѣетъ представленія о томъ, что съ нею было въ промежуткѣ, по ея мнѣнію она просто спала и теперь проснулась. Подобныя состоянія могутъ годами смѣнять другъ друга, причемъ она въ первомъ состояніи помнитъ только событія, относящіяся къ прежнимъ „первымъ" періодамъ, и во второмъ состояніи только то, что относится къ прежнимъ „вторымъ" состояніямъ. Чаще однако бываетъ такъ, что во второмъ состояніи больные могутъ помнить событія перваго (здороваго) періода, но не наоборотъ, т. е. въ здоровомъ состояніи они не помнятъ ничего изъ области второго, т. е. болѣзненнаго состоянія. Бываетъ иногда, что второе состояніе остается на долго, и такимъ образомъ происходитъ преобразованіе личности. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ могутъ такимъ образомъ смѣняться нѣсколько состояній, каждое имѣетъ свой характеръ и свой рядъ воспоминаній (свою личность), количество этихъ состояній въ наблюденныхъ случаяхъ доходило до 12. Впрочемъ, случаи съ двойной личностью тоже довольно рѣдки. Однако теоретическое ихъ значеніе довольно велико, они показываютъ, что можетъ дать систематическое включеніе и выключеніе ассоціаціонныхъ путей. Во всѣхъ этихъ случаяхъ отдѣльныя личности слѣдуютъ *одна за другой*: при шизофреніи же тѣ же механизмы создаютъ существованіе разныхъ личностей *одна при другой*. Въ сущности мы можемъ для изученія этихъ явленій обойтись безъ тѣхъ рѣдкихъ, хотя и очень демонстративныхъ случаетъ истеріи; мы можемъ экспериментально вызвать нѣчто совершенно подобное путемъ гипнотическаго внушенія; мы знаемъ кромѣ того, что въ обыкновенныхъ истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ можетъ сохраниться (или можетъ быть вызвано внушеніемъ) воспоминаніе прежнихъ приступовъ, о которыхъ больная въ нормальномъ состояніи совершенно ничего не помнить.

Другой видъ расщепленія личности представляетъ *транситивизмъ*: переживанія больного отрываются отъ него и приписываются другому лицу. Больной видитъ страшную фигуру и кричитъ со страху; между тѣмъ ему кажется, что это фигура кричала. Одной женщинѣ оперируютъ палецъ на ногѣ; при наркозѣ она долго не

засыпаетъ, и полуусыпленная она все требуетъ отъ сидѣлки, чтобы та подошла къ сосѣдней больной, которая такъ страдаетъ отъ болей въ пальцѣ ноги. Человѣкъ, у котораго начинается поносъ, видитъ во снѣ, что брошюры, которыя ему надо разослать страдаютъ поносомъ. Очень часто мы во снѣ приписываемъ другимъ лицамъ наши собственныя чувства. При шизофреніи транситивизмъ представляетъ обыкновенное явленіе. Больные убѣждены, что и другіе люди такъ же слышатъ голоса, которыя они слышатъ; они часто приписываютъ другимъ свои собственные поступки: напр когда они читаютъ, имъ кажется, что это другіе читаютъ; другія мыслятъ ихъ мысли и т. д.

Своеобразное разстройство личности представляетъ потеря личности (деперсонализація), когда больной теряетъ опредѣленное представленіе своего собственнаго Я. Онъ кажется себѣ самому совершенно другимъ, смотритъ въ зеркало, чтобы убѣдиться онъ ли это, и ему кажется, что это чужой кто-то; особенно плохо онъ ощущаетъ свои собственныя желанія и стремленія, онъ чувствуетъ себя автоматомъ; иногда это ему безразлично, иногда это чувство ему очень тягостно. Синдромъ этотъ наблюдается при шизофреніи, затѣмъ пожалуй при неврастеническихъ состояніяхъ психопатовъ, а кромѣ того преходящимъ образомъ и не въ столь рѣзкомъ видѣ въ эпилептическомъ сумеречномъ состояніи. Часто этотъ синдромъ сопровождается аналогичнымъ ощущеніемъ чего то чужого во всемъ внѣшнемъ мірѣ.

При шизофреніи наблюдается цѣлый рядъ трансформацій личности. Изъ нихъ я укажу на нѣкоторые типы. Больной вдругъ становится Наполеономъ, иногда онъ при этомъ не отказывается и отъ своего прошлаго (простое сложеніе); въ другихъ случаяхъ больной выключаетъ все, что противорѣчитъ бредовой идеѣ: онъ не родился въ деревнѣ X, не учился тамъ въ школѣ, только какимъ то таинственнымъ образомъ вышло такъ, что онъ нѣкоторое время игралъ роль Ганса Мюллера, а теперь онъ опять хочетъ взять въ свои руки власть надъ всей Европой. Въ другихъ случаяхъ прежняя личность перестаетъ существовать, иногда, хотя не всегда, больной сливаетъ вмѣстѣ прошлое Наполеона со своимъ настоящимъ и со своей теперешней бредовой личностью. Другой больной становится Христомъ, самимъ Богомъ. Послѣднее часто наблюдается у паралитиковъ, однако не вліяетъ на ихъ поступки, въ то время какъ шизофреники въ этомъ смыслѣ болѣе послѣдовательны. Такъ одинъ такой Богъ, разъ, когда я удивился, какъ онъ можетъ знать всю библію наизусть, сказалъ мнѣ, что это очень просто: вѣдь онъ самъ ее написалъ; когда я замѣтилъ, что странно все таки, что мы до сихъ поръ не замѣчали признаковъ его всевѣдующаго духа, онъ отвѣтилъ, что онъ только что ниспослалъ своего духа на людей: для него самого осталось такъ мало этого духа, что ему пришлось поступить въ больницу; однако въ любой моментъ онъ можетъ призвать своего духа обратно къ себѣ, онъ этого не дѣлаетъ только изъ состраданія къ несчастнымъ людямъ. — Другимъ больнымъ кажется, что они превращены въ животныхъ, или въ предметы, причемъ они не удовлетворяются одним ъ только представленіемъ:

подобно тому какъ въ одномъ лицѣ могутъ соединиться папа, императоръ и султанъ а иногда и Господь Богъ тоже, такъ больной можетъ быть одновременно и свиньей, и лошадью. Рѣдко однако больные сообразуютъ съ этимъ свое поведеніе, напр. лаютъ по собачьи, когда считаютъ себя собакой. Хотя и не желая въ этомъ сознаться, больные держатъ себя такъ, какъ если бы ихъ слова имѣли только символическій смыслъ, вродѣ того какъ напр. человѣка ругаютъ свиньей.

Обычное явленіе представляетъ симптомъ, когда шизофреники — хотя бы и очень непослѣдовательно — отожествляютъ себя съ лицами, которыхъ они любятъ или которымъ поклоняются. Въ опредѣленномъ смыслѣ при извѣстныхъ обстоятельствахъ онъ же и есть его возлюбленная, пережилъ то же, что и она, играетъ ея роль и т. д. Одинъ больной Krafft-Ebing'а, любившій только хромыхъ женщинъ, не могъ противостоять влеченію, подражать походкѣ хромающей женщины.

Отдѣльные шизофреники совершенно теряютъ свою личность; онъ когда то былъ тѣмъ то и тѣмъ то, но теперь онъ другой; его прежняя личность сидитъ можетъ быть въ какомъ нибудь другомъ человѣкѣ. Въ такомъ случаѣ больной иногда говоритъ про себя въ третьемъ лицѣ, такъ какъ онъ уже не то лицо, которое онъ называетъ *Я*.

Въ теченіе всевозможныхъ сумеречныхъ состояній наблюдаются иногда преходящія трансформаціи личности, напр. они становятся владѣтельными князьями или святыми.

Въ послѣднее время часто употребляютъ выраженія „сохраненіе или уничтоженіе личности"; будто бы въ лучшемъ сохраненіи личности можно усмотрѣть разницу между парафреніей по Kraepelin'у и шизофреніей, между артеріосклеротическими и сифилитическими психозами съ одной стороны и прогр. параличемъ, старческимъ слабоуміемъ и пресбіофреніей съ другой стороны. Мы подъ словами „сохраненіе личности" понимаемъ дальнѣйшее существованіе и дѣятельность прежнихъ стремленій и цѣлей и наиболѣе важныхъ свойствъ характера. Правда, и при органическихъ болѣзняхъ съ не столь нарушенной личностью тоже имѣется наличіе измѣненій аффективности въ смыслѣ неустойчивости или раздражительности, однако больной это чувствуетъ, даже пытается бороться со своими недостатками: если онъ былъ порядочнымъ человѣкомъ, онъ не станетъ вдругъ негодяемъ; если онъ не въ состояніи больше работать для семьи, онъ отъ этого страдаетъ; онъ держится относительно хорошо, поскольку онъ еще сознателенъ. Такіе больные поэтому не такъ быстро попадаютъ въ больницу, а если и попадаютъ то вслѣдствіе особыхъ какихъ либо происшествій.

Шизофреническое разстройство личности гораздо сильнѣе и дальше заходитъ. И органикъ можетъ чувствовать себя другимъ, у него могутъ сильно мѣняться влеченія, однако все, что онъ чувствуетъ и хочетъ въ данный моментъ, вытекаетъ изъ совокупности его актуальной психики. Между тѣмъ шизофреникъ можетъ одновременно стремиться къ противоположнымъ вещамъ и дѣлать то,

къ чему онъ вовсе не стремится или даже то, что ему противно. Его личность можетъ расшепляться: то онъ дѣйствуетъ и мыслитъ какъ важный баринъ, то какъ ученый и т. д. Соотвѣтственно мѣняются у него и бредовыя идеи и галлюцинаціи. Въ этихъ мѣняющихся личностяхъ воплощаются все новыя стремленія[1]).

Часто больной путаетъ и не различаетъ направленія, что исходитъ отъ даннаго лица и къ данному лицу: параноичка въ депрессіи боится, что съ ней что то сдѣлаютъ; между тѣмъ голоса ей приказываютъ помогать другимъ, а ожидать надо было, что голоса будутъ ей помогать; наблюденіе учитъ что для больныхъ эти обѣ вещи тождественны, и что нѣтъ надобности придумывать для этого логическую связь. Преслѣдуемый хочетъ стать профессоромъ и въ то же время жалуется, что его насильно хотятъ сдѣлать профессоромъ.

Въ тяжелыхъ случаяхъ шизофреніи дѣло доходитъ до глубокаго распада личности: единство стремленій и комплекса воспоминаній погибаетъ, больные путаются въ этомъ, причемъ связность мышленія и воли отсутствуетъ, даже грань между ихъ собственной личностью и окружающимъ можетъ стушеваться. Подобно тому какъ при апперсонированіи и транситивизмѣ понятія, не имѣющія отношенія къ личности, тѣмъ не менѣе ставятся съ нею въ связь и наоборотъ, такъ и самыя прочныя ассоціаціи могутъ отдѣлиться отъ личности, а любыя постороннія представленія могутъ къ ней присоединиться, поскольку въ этихъ случаяхъ можно еще говорить о личности.

Вообще говоря, при шизофреніи личность можетъ пострадать различнымъ образомъ: отъ слабоумія, отъ суженія или извращенія влеченій, отъ нарушенія единства въ управленіи стремленіями и поступками, отъ разстройствъ воли, которыя заставляютъ шизофреника дѣлать то, чего ему вовсе не хочется.

Въ большинствѣ случаевъ разстройства личности мы имѣемъ дѣло съ расщепленіемъ по линіи аффективныхъ потребностей, т. е. по линіи обыкновеннаго дѣйствія аффекта, которое само по себѣ очень сильно или усиливается на почвѣ болѣзни; такъ при прогр. параличѣ суженіе ассоціацій можетъ тутъ же осуществить возникшее у больного желаніе стать Богомъ, затѣмъ при шизофреніи, когда сѣть ассоціацій и безъ того слаба, а вслѣдствіе этого могутъ изъ комплексовъ возникнуть внутри психики цѣлый рядъ подчиненныхъ личностей, имѣющихъ извѣстнаго рода самостоятельность: глядя по обстоятельствамъ больной представляетъ собою то одну, то другую личность а еще чаще онъ слышитъ въ голосахъ то одинъ комплексъ (желаніе стать княземъ), то другой (что его отвергли за онанизмъ).

Неособенно ясно для меня явленіе деперсонализаціи, такъ какъ не часто удается въ этихъ случаяхъ выпытать отъ больного, въ чемъ дѣло. Отчасти мы здѣсь имѣемъ дѣло съ такимъ же процессомъ, какъ у меланхолика, которому внѣшній міръ кажется чуждымъ, можетъ быть изъ за того, что аффективная компонента неправильна. Однако, когда больной не ощущаетъ собственнаго волевого импульса, это несомнѣнно должно быть обусловлено задержкой внутренняго ощущенія; механизма и причины этого процесса мы точно еще не знаемъ.

---

[1]) Ср. „комплексы“.

11. Разстройства центробѣжныхъ функцій.

Ясно, что заключительное звено въ цѣпи психическихъ процессовъ — дѣйствія не могутъ быть адэкватны обстоятельствамъ, если обуславлнвающія ихъ ощущенія, разсужденія и чувства не адэкватны. Разъ кто нибудь изъ за обмана воспріятій вмѣсто служителя видитъ разбойника, онъ естественно начнетъ защищаться. Нѣкоторыя галлюцинаціи непосредственно воздѣйстуютъ на больного, часто имѣютъ для него обязательный характеръ: онъ долженъ имъ повиноваться, даже если онъ понимаетъ, что поступки его вредны ему самому или окружающимъ. При этомъ вовсе не нужна непремѣнно форма приказаній. Такъ, одинъ больной періодикъ по фамиліи Мантель, будучи запертъ въ камерѣ, слышалъ многократно повторяющіяся слова: „ты Мантель, сильный герой". На это онъ реагировалъ разрушеніемъ камеры, чтобы тѣмъ показать насмѣшникамъ, какъ онъ силенъ. Конечно, галлюцинаціи толкаютъ больного только на такія дѣйствія, тенденція къ которымъ и безъ того имѣется; однако эта тенденція не должна обязательно принадлежать къ сознательной личности, она даже можетъ ей противорѣчить. На ряду съ этимъ наблюдаются галлюцинаціи, по отношенію къ которымъ у больного нѣтъ стремленія имъ подчиняться: въ позднѣйшихъ стадіяхъ шизофреніи какъ правило больные не обращаютъ большого вниманія на галлюцинаціи, хотя и вѣрятъ въ нихъ по прежнему.

Слѣдуетъ упомянуть еще про галлюцинаторныя возбужденія (у шизофрениковъ), когда больные подъ впечатлѣніемъ обмановъ чувствъ внезапно начинаютъ ругаться, драться или вообще дѣлаются аггрессивными. Нужно однако признать, что мы въ большинствѣ случаевъ не знаемъ точно, являются ли галлюцинаціи частнымъ проявленіемъ общей тенденціи къ насилію или же онѣ представляютъ причину взрывовъ ярости.

Если мышленіе разстроено и ставитъ дѣйствіямъ неправильныя цѣли, естественно и самые поступки будутъ неправильны. Кто страдаетъ бредовой идеей, что его хотятъ отравить, тотъ будетъ соотвѣтсвенно этому реагировать — съ своей точки зрѣнія правильно, но наблюдателю со стороны это покажется болѣзненнымъ. Безцѣльное, слабоумное мышленіе вызываетъ столь же безцѣльные слабоумные поступки. Когда мышленіе психопата или душевнобольного отклоняется отъ средняго мышленія, это обычно обозначаетъ качественное ухудшеніе; дѣйствія настоящихъ душевнобольныхъ почти всегда немного стоятъ или даже представляютъ отрицательную величину. Только въ видѣ исключенія и то у чистыхъ психопатовъ ненормальность можетъ привести къ созданію новыхъ цѣнностей (ср. замѣчанія о геніи).

Больше всего вліяетъ на поступки аффективность, если только считать — въ согласіи съ нами — силу и направленіе влеченій, „волю", частнымъ проявленіемъ аффекта: кто веселъ, грустенъ иди сердитъ, будетъ соотвѣтственно выявлять себя. Человѣкъ отъ страха можетъ совершенно застыть или ослабѣть, или можетъ стремиться къ безсмысленному бѣгству, или только къ безпокойнымъ проявленіямъ аффекта, къ неустанному хожденію взадъ

впередъ или къ дикимъ актамъ насилія. Особенно поражаютъ послѣдніе въ тѣхъ случаяхъ, когда двигательная сфера подавлена и тоскливый или депрессивный больной внезапно начинаетъ ломать все кругомъ себя или совершаетъ убійство. Подобнаго рода реакція на невыносимо напряженное состояніе носитъ названіе raptus [1]. — Отсутствіе этическихъ чувствъ, эмотивность налагаютъ на дѣйствія печать неустойчивости, каприза; отсутствіе или слабость чувствъ вообще уменьшаетъ и ослабляетъ влеченія. Выраженіе „слабость воли“ обозначаетъ три совершенно различныя вещи: 1. отсутствіе волевыхъ влеченій изъ за слабости аффектовъ, малое давленіе пара въ машинѣ, абулія вслѣдствіе апатіи. 2. Непослѣдовательность цѣлей, при наличіи живыхъ, но слишкомъ неустойчивыхъ аффектовъ, ставящихъ носителя ихъ въ зависимость отъ внѣшнихъ вліяній; машина отъ малѣйшаго толчка идетъ назадъ, когда ей надо итти впередъ, включеніе направленій слишкомъ податливо. Отъ рожденія слабовольными въ этомъ смыслѣ можно считать легкомысленныхъ людей и тѣхъ, которые не умѣютъ дѣйствовать по собственнымъ предначертаніямъ; болѣзненно слабовольными надо считать маніакальныхъ и органическихъ больныхъ. Этого рода слабоволіе можно приписать также повышенной внушаемости, только отчасти совпадающей съ лябильностью аффектовъ. 3. Нерѣшительность на почвѣ противорѣчивыхъ разсужденій и влеченій у людей, слишкомъ добросовѣстныхъ, слишкомъ все обдумывающихъ и у депрессивныхъ.

Тамъ, гдѣ мы не видимъ никакихъ проявленій воли или ихъ очень мало, мы говоримъ, что это ступоръ; обыкновенно при этомъ мышленіе подавлено, иногда разстройство мышленія представляетъ даже единственное явленіе, напр. при эмоціональномъ ступорѣ имбециликовъ. Ступоръ не является единымъ синдромомъ, а представляетъ внѣшнее проявленіе различныхъ состояній: а именно максимальную апатію, заторможеніе, задержки, полное поглощеніе испугомъ или тоской, любой мозговой торпоръ. Мы видимъ, слѣдовательно, ступоръ прежде всего при шизофреніи, гдѣ могутъ сойтись вмѣстѣ апатія, задержки, заторможеніе и временами также и мозговой торпоръ, затѣмъ при эпилепсіи, при органическихъ болѣзняхъ, при маніакально-депрессивномъ заторможеніи; однако, что касается послѣдняго, необходимо отмѣтить, что меланхолическое заторможеніе, если оно, какъ это обычно бываетъ, опредѣленно связано съ признаками тяжелой душевной боли, неохотно называютъ ступоромъ; то, что раньше называли melancholia attonita обыкновенно представляетъ кататонію съ депрессіей или безъ оной. Ступоръ на почвѣ сильныхъ аффектовъ (эмоціональный ступоръ) наиболѣе бываетъ выраженъ при истеріи, въ менѣе рѣзкомъ видѣ онъ наблюдается при врожденныхъ формахъ слабоумія.

Гиперфункцію воли, т. е. особенную силу воли трудно конечно констатировать, такъ какъ мы считаемъ человѣка тѣмъ здоровѣе, чѣмъ его воля сильнѣе. Однако у истеричныхъ и другихъ психопатовъ мы наблюдаемъ иногда выходящую далеко за пре-

---

[1]) У шизофрениковъ бываютъ raptus, которыя представляютъ только выполненіе внезапно пришедшихъ въ голову идей безъ аффективной напряженности.

дѣлы нормы силу импульса, выдержки и умѣнія переносить боль. И шизофреники иногда проявляютъ особенную энергію воли, напр. когда они при сохранной болевой чувствительности выдергиваютъ себѣ зубы, выдавливаютъ глазъ и т. д. Необыкновенная сила воли обнаруживается иногда при диссимуляціи болѣзненныхъ явленій, особенно у меланхоликовъ. — Нѣкоторые считаютъ гиперфункціей воли также суетливость маніакальныхъ больныхъ, когда они постоянно чего то хотятъ, что то дѣлаютъ. Сюда же относятъ и гиперкинезіи нѣкоторыхъ кататониковъ (см. ниже), хотя они принципіально отличны отъ описанныхъ явленій.

Болѣзненно облегченную р ѣ ш и м о с т ь мы наблюдаемъ у маніакальныхъ больныхъ и при легкомъ опьяненіи алкоголемъ, кромѣ того при аффектахъ, проявляющихся въ дѣйствіи (страхъ, ярость), но тутъ конечно эта рѣшимость односторонняя, направленная въ сторону аффекта; любая идея, имѣющая центробѣжную компоненту, переходитъ немедленно въ дѣйствіе. При этомъ возможность правильнаго обсужденія всегда понижена, дѣйствія скоропалительны. Если обсужденіе первично заторможено, то наоборотъ подъ вліяніемъ любого воздѣйствія больные ceteris paribus легче и быстрѣе переходятъ къ дѣйствію.

При меланхолическихъ состояніяхъ рѣшимость непосредственно тяжело разстроена, но кромѣ того она еще вторично понижается вслѣдствіе того, что больной чувствуетъ недостаточность своего сужденія, а главное потому, что всѣ могущія возникнуть цѣлевыя представленія окрашены общимъ тономъ неудовольствія. Если больной и склоненъ выйти на воздухъ, это ему кажется слишкомъ ужаснымъ, но когда онъ представитъ себѣ, что онъ долженъ остаться въ комнатѣ, это ему тоже кажется невыносимымъ. При апатіи дѣло не доходитъ ни до какого рѣшенія, такъ какъ отсутствуетъ стремленіе къ этому, тоже можно сказать и относительно торпора, когда всѣ психическіе процессы подавлены. При задержкѣ, пока она не прекратится, психическіе процессы прерываются совсѣмъ или какъ разъ по линіи рѣшенія и тогда дѣйствія вовсе нѣтъ. Однако, въ другихъ случаяхъ больные слишкомъ много думаютъ: кто хочетъ обсудить всѣ мыслимыя возможности, тотъ врядъ ли къ чему либо прійдетъ. Извѣстная односторонность необходима для дѣйствія, нужно умѣть болѣе или менѣе жертвовать выгодами и рисковать, если хотятъ дѣйствовать во время и съ должной силой. Иногда препятствуетъ рѣшенію двойственность аффективной окраски: если мы одно и то же и любимъ и ненавидимъ, не будучи въ состояніи согласовать положительныя и отрицательныя чувства, мы будемъ разрываться на обѣ стороны и не прійдемъ къ равнодѣйствующей. Такъ называемыя п с и х о м о т о р н ы я в о з б у ж д е н і я и з а т о р м о ж е н і я затрагиваютъ конечно всю психику, во всякомъ случаѣ не только собственно двигательную сферу, но несомнѣнно и потребность дѣйствовать, рѣшимость, легкость перевода возбужденія на центробѣжные пути. М а н і а к а л ь н а я с у е т л и в о с т ь проявляется въ томъ, что больные не могутъ ни на минуту остаться въ покоѣ, постоянно нужно что нибудь дѣлать. Въ болѣе легкихъ случаяхъ наблюдается скорѣе количественное

увеличеніе поступковъ, которые сами по себѣ могутъ быть свойственны и здоровому, напр. усиленныя занятія дѣлами и т. д; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до эксцессовъ, скоропалительности во всѣхъ дѣлахъ и наконецъ до разрушенія вещей и созданія новыхъ комбинацій изъ обломковъ, постояннаго размазыванія, крика, прыганія и т. д. При этомъ цѣль быстро мѣняется, больные ничего не доводятъ до конца; даже въ легкихъ случаяхъ маніакальнымъ больнымъ не хватаетъ выдержки въ дѣлахъ. Естественно, что суетливость разряжается и въ рѣчи: больные болтливы, въ концѣ концовъ вовсе не перестаютъ говорить, и рѣчь все больше становится безсвязной (логоррея, словоизверженіе).

При депрессивномъ заторможеніи движенія больные по возможности, а въ тяжелыхъ случаяхъ и вовсе избѣгаютъ какихъ бы то ни было дѣйствій; въ случаяхъ, когда поступки и движенія еще возможны, они представляютъ одни лишь монотонныя выраженія аффекта, особенно тоски.

Высшую степень заторможенія движенія мы называемъ attonitas: больные подолгу не проявляютъ никакихъ активныхъ движеній; приходится одѣвать и раздѣвать ихъ какъ куколъ, кормить съ ложечки или даже черезъ зондъ, слюна не проглатывается и течетъ изо рта, больной даже не моргаетъ. Подобныя состоянія почти всегда составляютъ принадлежность шизофреническаго ступора, особенно депрессивнаго.

Наблюдается однако и обыкновенная шизофреническая акинезія, которую мы еще не можемъ, какъ слѣдуетъ, понять и вывести изъ другихъ разстройствъ, такъ какъ сопутствующіе симптомы недостаточно выражены. Противоположность ея составляетъ шизофреническая гиперкинезія, когда больные находятся въ безпрерывномъ движеніи и все таки ничего не „дѣлаютъ": они бьютъ все кругомъ себя безъ видимой причины и повидимому сами не знаютъ, для чего они это дѣлаютъ, разрушаютъ, кидаются сами или размахиваютъ руками или ногами, корчатъ гримасы и т. д. Эти движенія кажутся и субъективно и объективно произвольноволевыми: это въ сущности психическое двигательное раздраженіе безъ мотива, можно сказать своего рода судорога психомоторной сферы (ни въ коемъ случаѣ этого нельзя смѣшивать съ двигательной судорогой въ обычномъ смыслѣ). Это голое стремленіе къ движенію надо строго отличать отъ суетливости маніакальныхъ больныхъ, которая никогда не бываетъ лишена смысла. Нѣкоторые авторы считаютъ вербигерацію аналогичной судорогой „центра рѣчи", однако она не особенно часто наблюдается вмѣстѣ съ гиперкинезіей.

Понятіе метанія (jactatio) имѣетъ въ виду больше внѣшнія проявленія. И здѣсь мы имѣемъ дѣло только съ движеніями особенно безсильными, представляющими въ лучшемъ случаѣ только рудименты дѣйствій, и обусловленными разнообразными причинами. Этимъ терминомъ можно иногда обозначить гиперкинетическія состоянія въ вышеописанномъ смыслѣ, затѣмъ ажитацію, обусловленную тоской или другими жуткими ощущеніями, или метаніе отъ боли; наиболѣе подходитъ этотъ терминъ для обозначенія движеній при раздраженіи мозга, напр. при менингитѣ и остромъ бредѣ.

При шизофреніи встрѣчаются иногда двигательная парафункція, очень напоминающая апраксію, хотя генетически она не аналогична одноименному органическому синдрому, скорѣе она напоминаетъ неправильныя дѣйствія,

которыя производятся со страху или по разсѣянности: напр., больной хочетъ положить ложку въ тарелку, вмѣсто этого онъ какъ то особенно неувѣренно беретъ ложку въ одну руку, потомъ въ другую, повертитъ ее и потомъ кладетъ на колѣна; или же больной вмѣсто ложки беретъ первую попавшуюся другую вещь. При ходьбѣ ноги ставятся неувѣренно, шаги неодинаковы, не направлены прямо къ цѣли. Разстройства этого рода, но въ болѣе легкой степени Kraepelin обозначаетъ однимъ именемъ „потеря граціи". Такъ какъ больного одолѣваютъ разомъ различныя чувства, да еще плохо прилаженныя къ идеямъ, всѣ дѣйствія его кажутся ненастоящими, дѣланными, манерными; кромѣ того они носятъ характеръ чудачества, такъ какъ ассоціаціи идей, поскольку они нужны для выполненія дѣйствій, тоже протекаютъ необычными путями (см. ниже манерничаніе).

Иногда движенія resp. дѣйствія стереотипно повторяются, при этомъ могутъ быть въ дѣйствіи очень различные механизмы. Иногда кататоники, продѣлавъ нѣсколько разъ одно движеніе (зачерпываніе супа ложкой, вытираніе лица), не могутъ остановиться, или же не думаютъ останавливаться, хотя цѣль дѣйствія уже достигнута. Сильный сопутствующій аффектъ можетъ легко вызвать стереотипію дѣйствія, которое тогда повторяется уже безъ произвольнаго участія больного. При этомъ дѣйствіе это современемъ подвергается извѣстнымъ сокращеніямъ формальнаго свойства, или оно мѣняетъ свое мѣсто: движеніе тазомъ, имѣвшее цѣлью онанизмъ, можетъ въ концѣ концовъ превратиться въ трясеніе головы. Такимъ или другимъ путемъ возникаютъ у кататониковъ стереотипныя движенія, которыя могутъ тянуться десятками лѣтъ и производятъ какъ на больного такъ и на посторонняго наблюдателя впечатлѣніе чего то безсмысленнаго. Больной можетъ измѣнить привычныя дѣйствія и въ такомъ измѣненномъ видѣ сдѣлать ихъ стереотипными: застегивая пуговицы, онъ каждый разъ ударяетъ семь разъ по платью; онъ по особому совсѣмъ подаетъ руку (стереотипія измѣненныхъ движеній, манерничаніе).

Наблюдается и другого рода манерничаніе, помимо описанныхъ стереотипій: самостоятельныя шутовскія позы, растопыриваніе пальцевъ, чудачества всякаго рода, особая манера одѣваться и причесываться, шаржированная элегантность и болѣзненное въ концѣ концовъ проявленіе аффектовъ, пустозвонный паѳосъ, вызывающее поведеніе, коротко говоря всѣ недостатки плохого актера. Въ виду того, что явленія эти въ зачаточномъ видѣ наблюдаются у многихъ въ періодѣ полового созрѣванія, многіе авторы считаютъ ихъ симптомами полового созрѣванія, за фиксированными болѣзнью и сильно преувеличенными.

Стереотипія рѣчи называется вербигерація; при этомъ больные повторяютъ одни и тѣ же слова и выраженія, безсмысленныя вообще, или для даннаго момента, и дѣлаютъ это особымъ и тоже стереотипнымъ голосомъ.

Кромѣ стереотипныхъ движеній наблюдаются еще стереотипныя позы (больной принимаетъ всегда одну и ту же позу) и стереотипное мѣсто (больной всегда сидитъ или стоитъ, или ходитъ на одномъ и томъ же мѣстѣ). (Подробное описаніе см. главу о шизофреніи).

Стереотипіи въ томъ смыслѣ, какъ онѣ выше описаны относятся къ числу кататоническихъ симптомовъ и кромѣ шизофреніи встрѣчаются еще пожалуй у органическихъ больныхъ; однако не доказано, что въ послѣднемъ случаѣ эти симптомы генетически равноцѣнны первымъ. Во всякомъ случаѣ, совсѣмъ не похожа на

стереотипію персеверація органиковъ, которая наиболѣе типично наблюдается при грубыхъ очаговыхъ пораженіяхъ мозга, особенно у афазиковъ: больные не могутъ отдѣлаться отъ слова, которое они только что слышали или сами сказали, и постоянно повторяютъ его, несмотря на то, что хотятъ сказать другое. Даже, когда больной хочетъ выполнить самое простое дѣйствіе, или просто о чемъ нибудь подумать, импульсъ можетъ противъ воли больного пойти по пути предыдущаго дѣйствія или предыдущей мысли.

Стереотипоподобными явленіями надо считать: однородныя дѣйствія, которыя нѣкоторые эпилептики дѣлаютъ въ послѣэпилептическихъ сумеречныхъ состояніяхъ, и воспроизведеніе въ галлюцинаціи и въ (сокращенныхъ большею частью) дѣйствіяхъ страшныхъ переживаній у истеричныхъ въ сумеречныхъ состояніяхъ. Есть цѣлый рядъ движеній, по внѣшности похожихъ на шизофреническія стереотипіи, но по генезу и значенію существенно отъ нихъ отличающихся; таковы: проявленія длительнаго сильнаго аффекта, напр. стереотипный крикъ или плачъ депрессивныхъ органиковъ, тики, нѣкоторыя ставшія автоматическими дѣйствія, движенія идіотовъ.

Парафункціи воли обычно бываютъ связаны съ тѣмъ, что называютъ „влеченіями". У человѣка сохранилось еще до нѣкоторой степени въ примитивномъ видѣ половое влеченіе, которое правда во многихъ отношеніяхъ оттѣснено культурой (понятіе цѣломудрія, бракъ, аскетизмъ, ограниченіе дѣторожденія), однако стихійно прорывается и создаетъ у индивидуума конфликты, обладающіе особыми патогенными свойствами. Влеченіе къ пищѣ у культурнаго человѣка нѣсколько захудало: онъ собственно рѣдко голодаетъ по настоящему, а когда онъ хочетъ уморить себя голодомъ, его кормятъ насильно; кромѣ того это влеченіе удовлетворяется очень окольными путями: напр. шести лѣтъ надо начать учиться писать, чтобы черезъ 10-20 лѣтъ быть въ состояніи зарабатывать себѣ на хлѣбъ. Даже влеченіе къ самосохраненію не стоитъ у насъ на должной высотѣ, ни по отношенію къ индивидууму, ни къ семьѣ, ни къ расѣ; стремленіе къ самоубійству стало бѣдой въ больницахъ, между тѣмъ въ болѣе натуральной обстановкѣ оно рѣдко встрѣчается даже въ патологическихъ случаяхъ. Сохранилась этика, альтруистическое влеченіе, и то оно находится теперь въ періодѣ переоцѣнки. Зато особенно живы влеченія, направленныя больше къ сохраненію культуры, чѣмъ жизни, напр. стремленіе къ знанію.

Болѣзненныя разстройства стремленія къ пищѣ не имѣютъ особаго значенія въ психіатріи. На ряду съ обжорствомъ паралитиковъ и идіотовъ мы видимъ при депрессіи и кататоническомъ чудачествѣ отсутствіе аппетита, отвращеніе къ пищѣ и питью и даже полный отказъ неопредѣленно долгое время; у первыхъ встрѣчаются своеобразные вкусы (рісае), а у шизофрениковъ наклонность поглощать всевозможныя вещи, даже собственныя испражненія (копрофагія), причемъ это иногда сопровождается чувствомъ пріятнаго вкуса.

Патологія полового влеченія особая, она будетъ изложена въ частной психіатріи. Этическая конституція имѣетъ всѣ переходы отъ „генія альтруизма" до моральнаго идіота, лишеннаго какихъ бы то ни было альтруистическихъ чувствъ.

Выраженіе „влеченіе“ пріобрѣтаетъ совершенно другое значеніе, когда мы говоримъ о „болѣзненныхъ влеченіяхъ“; большею частью подъ этимъ подразумѣваютъ импульсы къ дѣйствіямъ, которыя совершаются неожиданно, безъ обдумыванія или по непонятнымъ причинамъ и безъ согласія всей совокупности личности. Такіе поступки отличаются рѣзкостью, быстротой, ловкостью, и грубостью по отношенію къ себѣ и къ другимъ. Однако подъ это же названіе подводятъ и разные другіе симптомы, принципіально отличные. Принято говорить о болѣзненномъ влеченіи къ поджогу (пироманія), къ воровству (клептоманія), къ убійству и т. д. Эти разстройства будутъ описаны дальше подъ заглавіемъ: „импульсивное помѣшательство“.

Всѣмъ этимъ влеченіямъ вмѣстѣ свойственно пренебрегать разсужденіемъ и планомѣрной волею.

Выраженіе „импульсивныя дѣйствія“ только частично сюда подходитъ, оно обозначаетъ различныя не поддающіяся точному опредѣленію дѣйствія, выполняемыя внезапно и безъ должнаго размышленія; будь то доступные нашему пониманію „аффективные поступки“ эмотивныхъ, или это поступки, вызванные внутренними, самому субъекту недостаточно ясными мотивами, какъ мы это наблюдаемъ особенно у шизофрениковъ. Внезапные навязчивые поступки тоже называютъ иногда импульсивными (очень неудачно), затѣмъ конечно меланхолическій raptus называется этимъ именемъ. Нѣкоторыя патологическія дѣйствія занимаютъ ненормальное положеніе по отношенію къ сознанію или къ волѣ; это навязчивыя дѣйствія и автоматическія дѣйствія.

Навязчивыя дѣйствія это дѣйствія выполняемыя сознательно противъ собственной воли, по внутреннему побужденію, которому личность не можетъ противостоять; если больной не поддается этому побужденію, это вызываетъ у него тоскливый страхъ, или другое безотчетное непріятоое чувство, которое въ концѣ концовъ принуждаетъ личность подчиниться подобно тому, какъ тѣлесная боль заставляетъ насъ дѣлать то, чего мы вообще говоря не хотѣли бы дѣлать.

Стремленіе совершать безразличныя дѣйствія, въ томъ числѣ навязчивое произнесеніе неприличныхъ или богохульныхъ словъ (копролялія) часто наблюдается при разныхъ состояніяхъ; но если это стремленіе имѣетъ своимъ предметомъ тяжелое преступленіе, напр. убійство родныхъ, больные все же съ этимъ справляются, (за исключеніемъ шизофрениковъ); чаще имѣется на лицо опасеніе, какъ бы чего не сдѣлать, а не самый импульсъ (см. навязчивыя представленія и навязчивый неврозъ). Нужно замѣтить все таки, что опасенія эти не что иное, какъ дѣйствіе импульсовъ, вытѣсненныхъ въ подсознательную область.

Автоматическихъ дѣйствій больной можетъ и не замѣчать самъ; онъ не ощущаетъ ни воли къ дѣйствію, ни процесса его выполненія. Если это дѣйствіе долго продолжается, больной смотритъ на это, какъ посторонній наблюдатель, прислушивается и присматривается. Это явленіе наблюдается у шизофрениковъ, которые такимъ образомъ бьютъ стекла, рвутъ платье, дерутся; затѣмъ еще болѣе отчетливо оно наблюдается въ истериформныхъ состояніяхъ, при

искусственномъ трансѣ, причемъ оно принимаетъ форму сложныхъ цѣлесообразныхъ дѣйствій. Уста говорятъ, продуцируютъ мысли (якобы) спирита, произносятъ проповѣдь, рука пишетъ. Ловкіе суггесторы могутъ повидимому очень быстро пріучить большинство людей къ автоматическому письму. Я знаю одного (знахаря), у котораго всѣ больные автоматически писали ему діагнозъ и лѣченіе. Въ спиритистскихъ кружкахъ каждый „медіумъ“ можетъ говорить автоматически; во время религіозныхъ эпидемій (проповѣдники въ Севеннахъ и др.) автоматизмъ охватываетъ широкіе круги приверженцевъ движенія. Можно легко понять, почему эти люди начинаютъ думать, что они одержимы духомъ (демонизмъ). Если духъ выражаетъ то, о чемъ они сами сознательно мыслятъ или чего они сами хотятъ, тогда это добрый духъ, въ противномъ случаѣ, это злой духъ; не такъ рѣдко случается, что больные принуждены дѣлать какъ разъ то, чего они не хотятъ, напр. выкрикивать скверныя или грѣховныя слова (автоматическая копролялія).

Привожу очень хорошее описаніе больного шизофреника:

Долининъ (самъ больной) внезапно почувствовалъ, что его языкъ не только помимо его желанія, но прямо противъ его воли начинаетъ громко и очень часто говорить то, чего ни въ коемъ случаѣ не надо бы говорить. Въ первый моментъ больной былъ самъ ошеломленъ и испуганъ этимъ необыкновеннымъ происшествіемъ, ибо не особенно пріятно само по себѣ почувствовать внезапно въ себѣ заведеннаго автомата, но когда къ тому же больной сталъ понимать смыслъ того, что его языкъ говорилъ, его возмущеніе достигло крайнихъ предѣловъ; оказалось, что онъ, Д., открыто признаетъ себя виновнымъ въ тяжкомъ государственномъ преступленіи, и даже иногда приписываетъ себѣ планы, которыхъ у него никогда не было. Несмотря на это, его воля не имѣла достаточно силы удержать языкъ, внезапно ставшій автономнымъ[1]).

Отдѣльные виды автоматическихъ дѣйствій имѣютъ въ основѣ различные механизмы. Иногда больной дѣлаетъ то, чего онъ хочетъ; но онъ не чувствуетъ волевого импульса и его исхода: когда онъ хочетъ ѣсть, подать руку, итти, или когда какъ разъ впору это сдѣлать, его члены выполняютъ эти дѣйствія, однако ему кажется, что они это дѣлаютъ какъ бы не по его желанію (при шизофреніи). Иногда же члены дѣлаютъ и ротъ говоритъ то, чего больной не хочетъ; онъ ощущаетъ это влеченіе, хотѣлъ бы не поддаться, но у него на это не хватаетъ силы; иннервація его мускуловъ подчиняется другой волѣ. Это переходитъ въ навязчивыя дѣйствія; причемъ другая воля конечно не чужая, но представляетъ собственное стремленіе больного, но „вытѣсненное“ (при истеріи, шизофреніи). Немало автоматическихъ дѣйствій не доходятъ до сознанія, напр. когда истеричка въ разговорѣ прижимаетъ розовые лепестки къ виску, символизируя этимъ мысль о смерти возлюбленнаго, покончившаго жизнь выстрѣломъ въ високъ. Это же представляетъ и прототипъ многихъ шизофреническихъ стереотипій.

Совершенно другой повидимому механизмъ лежитъ въ основѣ авоматическихъ дѣйствій, образовавшихся путемъ упражненія. Во время ходьбы, ѣзды верхомъ и на велосипедѣ, игры на рояли и вообще при всѣхъ нашихъ занятіяхъ мы выполняемъ массу отдѣльныхъ дѣйствій, которыя мы пускаемъ въ ходъ безсознательно и точно такимъ же образомъ ими управляемъ. Обычно эти дѣйствія соотвѣтствуютъ желаніямъ, однако не всегда; нѣкоторые дѣлаютъ, чего они никакъ не сдѣлали бы сознательно, напр. въ обществѣ ковыряютъ въ носу, дѣлаютъ презрительныя гримасы и т. д.

Нѣкоторыя кажущіяся стереотипіи олигофрениковъ походятъ на вышеописанныя дѣйствія; онѣ повидимому протекаютъ автоматически, однако состоятъ изъ дѣйствій, къ которымъ больной привыкъ еще до заболѣванія, напр. закручиваніе усовъ и т. п.

Списокъ этихъ дѣйствій надо дополнить еще нѣкоторыми другими, которыя, различаясь сильно другъ отъ друга, въ то же время имѣютъ то общее между собой, что выполняются то вполнѣ сознательно, то вполнѣ автоматически, то отчасти сознательно; временами они являются выраженіемъ настроенія: привычка многихъ здоровыхъ вертѣть пальцами, почесывать волосы, манера идіотовъ качаться и т. п.

---

[1]) Кандинскій. Цитир. по Jaspers, общая психопатологія. Стр. 121. Springer, Berlin 1913.

Подобно внѣшнимъ дѣйствіямъ и мышленіе можетъ стать навязчивымъ или автоматическимъ, помимо и даже противъ воли больного. Если идея назойливо лѣзетъ въ голову противъ воли, мы имѣемъ дѣло съ навязчивымъ представленіемъ. Наряду съ этимъ имѣется и другого рода навязчивое мышленіе, наблюдающееся почти исключительно у шизофрениковъ, крайне рѣдко въ эпилептическомъ эквивалентѣ, когда „что то думаетъ" въ больномъ, часто о томъ, о чемъ больной и самъ бы подумалъ, часто совершенно иное, иногда назойливая путаница („наплывъ мыслей" у шизофрениковъ). Въ этомъ случаѣ мы видимъ, что воля устранена и отъ процесса мышленія и отъ содержанія послѣдняго

Кто знакомъ съ нашимъ пониманіемъ психическихъ процессовъ, тотъ легко пойметъ теорію автоматическихъ дѣйствій. Отсутствуетъ ассоціативная связь между комплексомъ сознательнаго Я и функціей дѣйствія. Экспериментально можно получить путемъ гипноза различныя автоматическія дѣйствія.

Полуавтоматичны однако до нѣкоторой, хотя и недостаточной, степени доступны воздѣйствію воли тики, по Oppenheim'у это „ставшія навязчивыми рефлекторныя, оборонительныя или выразительныя движенія" (оскаливаніе зубовъ, морганіе, сжиманіе кулаковъ). Ихъ нужно считать болѣзненными, такъ какъ они постоянно повторяются безъ всякаго внѣшняго повода. На короткое время больной можетъ подавить движеніе, но не надолго. Тики конечно совершенно стереотипны.

Толчекъ къ совершенію дѣйствія, сознательнаго или навязчиваго можетъ прійти и извнѣ, таковъ автоматизмъ по приказанію, навязчивое или автоматическое исполненіе по приказанію всевозможныхъ простыхъ дѣйствіи. Больные исполняютъ всевозможныя приказанія, даже противъ воли, напр. высовываютъ языкъ даже когда знаютъ, что его будутъ колоть булавкой (шизофренія). Такія дѣйствія могутъ быть вызываемы однимъ лишь примѣромъ, эхопраксія и эхолялія. Хотя послѣднія очень родственны автоматизму по приказанію, такъ что Kraepelin даже соединяетъ ихъ воедино, однако я никогда не видалъ параллельнаго развитія этихъ двухъ группъ симптомовъ. Больные съ эхопраксіей подражаютъ всѣмъ словамъ и дѣйствіямъ, которыя имъ бросаются въ глаза. Насколько мы знаемъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло отчасти съ истерическми механизмами (при эхопраксіи примитивныхъ народовъ[1]) и у большинства шизофрениковъ), отчасти съ неспособностью отдѣлаться отъ воспринятой идеи, такъ что вмѣсто отвѣта больной повторяетъ вопросъ, вмѣсто нужнаго дѣйствія имитируетъ то, что дѣлается передъ нимъ (органическія эхоляліи и эхопраксіи). Въ послѣднемъ случаѣ больные обычно хотятъ сдѣлать или сказать совсѣмъ не то, однако импульсъ идетъ ложными путями. При истериформныхъ resp. шизофреническихъ эхопраксіяхъ нельзя сказать, что данное лицо не „хочетъ" этого, мы имѣемъ дѣло не со сходомъ съ рельсовъ правильнаго волевого импульса, а съ нѣкимъ воздѣйствіемъ на самую (сознательную или безсознательную) волю.

Къ автоматизму по приказанію Kraepelin относитъ также восковую гибкость (flexibilitas cerea), обычно называемую также каталепсіей. Больной самъ не дѣлаетъ никакихъ движеній, но если придать ему любую, хотя бы и самую неудобную позу, онъ въ ней застываетъ надолго. При этомъ больной можетъ держать свои члены

---

[1]) У малайцевъ навязчивое подражаніе простымъ дѣйствіямъ называется Latah, у сибирскихъ народовъ Miriachit (меряченіе А. Р.).

въ вытянутомъ положенiи гораздо дольше, чѣмъ здоровый; большею частью они постепенно опускаются, безъ трясенiя и безъ видимаго напряженiя со стороны больного. Иные больные оказываютъ пассивнымъ движенiямъ нѣкоторое сопротивленiе, получается ощущенiе, какъ при моделированiи восковой статуи. Большинство больныхъ однако двигаютъ свои члены при легкомъ толчкѣ, какъ бы отгадывая, чего отъ нихъ хотятъ.

Гораздо чаще мы наблюдаемъ у больныхъ, у которыхъ движенiя вообще говоря нормальны, что поднятая рука, напр., остается долго въ этомъ положенiи (pseudoflexibilitas).

Шизофреническая и истерическая каталепсiя въ высокой степени поддаются психическому воздѣйствiю, такъ что возможно, что это чисто психическiй симптомъ; однако нельзя исключить существованiя периферической наклонности къ тоническимъ мышечнымъ разстройствамъ (остальныя формы слишкомъ мало извѣстны).

Кромѣ мягкой каталепсiи бываетъ еще и жесткая. Больной, въ стереотипной позѣ долженъ конечно держать соотвѣтственныя мышцы въ постоянномъ тоническомъ напряженiи, часто онъ оказываетъ всякому пассивному движенiю энергичное сопротивленiе, уподобляясь этимъ деревянному истукану.

Кажущуюся противоположность автоматизму составляетъ негативизмъ, однако онъ наблюдается рядомъ съ автоматизмомъ. Негативистичный больной не хочетъ сдѣлать именно то, чего отъ него хотятъ или ожидаютъ (пассивный негативизмъ), или дѣлаетъ все наоборотъ (активный негативизмъ), въ рѣзко выраженных случаяхъ можно добиться отъ больного какихъ угодно дѣйствiй, если требовать отъ него какъ разъ противоположнаго. Негативизмъ часто, но не всегда, связанъ съ раздражительной реакцiей на внѣшнiя воздѣйствiя, т. е. съ наклонностью къ гнѣву и ярости. Нерѣдко негативизмъ проявляется такимъ образомъ, что больной начинаетъ какое либо дѣйствiе, но тутъ же является противоположное влеченiе или импульсъ задерживается и дѣйствiе не доводится до конца. Вѣроятно, у больныхъ появляются и совершенно другiя влеченiя (встрѣчныя). Негативизмъ можетъ проявляться и по отношенiю къ собственнымъ импульсамъ больного (внутреннiй негативизмъ). (Дальнѣйшiя подробности о негативизмѣ см. въ главѣ о шизофренiи).

Центробѣжныя разстройства имѣютъ особенно близкое отношенiе къ шизофренiи, въ другихъ же болѣзняхъ они отступаютъ на заднiй планъ или составляютъ очевидное слѣдствiе другихъ разстройствъ. Тѣ шизофреническiя состоянiя, гдѣ эти разстройства выступаютъ на первый планъ, называютъ кататонiей, а симптомы, которые тутъ особенно часто соединяются въ любыя комбинацiи, называются кататоническими симптомами. Они могутъ иногда наблюдаться и при другихъ болѣзняхъ, отчасти въ иномъ видѣ, отчасти они тогда имѣютъ другое происхожденiе. Кататоническiе симптомы составляютъ: стереотипiи (дѣйствiй, позы, мѣста; вербигерацiя), манерничанiе, автоматизмъ по приказанiю съ восковидной и жесткой каталепсiей, эхокинезiя и эхолялiя, мутизмъ (см. ниже) негативизмъ, импульсивный raptus, кататоническая форма ступора, разстройства воли въ тѣсномъ смыслѣ слова.

Въ общемъ на волю воздѣйствуютъ косвенно разстройства воспріятія и мышленія и непосредственно аффекты. При кататоніи наблюдаются разстройства воли въ другомъ смыслѣ; повидимому, то, что мы называемъ волей, попадаетъ само по себѣ на ложные пути. Больные не могутъ дѣлать того, чего желаетъ ихъ сознательное Я, они не могутъ желать того, что имъ кажется хорошимъ; однако эти дѣйствія не автоматичны, они сознательны (и въ извѣстномъ смыслѣ они представляютъ волевой актъ— проявленіе отколовшейся части воли). Въ частности выдѣляютъ слѣдующія разстройства: гиперкинезію и акинезію, стихійныя влеченія, автоматизмы, негативизмъ, навязчивыя дѣйствія.

Почти исключительно къ области шизофреніи относятся также инадэкватныя проявленія аффекта. Внѣ шизофреніи рѣзкія проявленія аффекта обусловливаются самой силой его: усиленному способу выраженія соотвѣтствуетъ и усиленный аффектъ. У шизофреника не такъ легко по внѣшнимъ проявленіямъ дѣлать заключенія о внутреннемъ состояніи: за трагическимъ паѳосомъ можетъ крыться ничтожный или даже нулевой аффектъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ во внѣшнихъ проявленіяхъ чувствуется фальшивая нота, которую инстинктивно улавливаетъ наивный человѣкъ, часто даже маленькій ребенокъ. Очень часто можно видѣть у больного немотивированный смѣхъ, который дѣланно звучитъ; видно, что онъ не отражаетъ настоящаго веселія. Этотъ смѣхъ легко отличить отъ судорожнаго смѣха истеричныхъ. При поврежденіяхъ области зрительнаго бугра мы видимъ навязчивый смѣхъ или плачъ въ отвѣтъ на любое психическое раздраженіе, при чемъ соотвѣтствующій аффектъ можетъ быть и можетъ не быть.

Въ рѣчи отражаются конечно всѣ неправильности мышленія. Замѣчательно, что не только у афазиковъ, но и у шизофрениковъ рѣчь можетъ стать непонятной (спутанность рѣчи, словесная окрошка, шизофазія), хотя мысли у нихъ въ это время не спутаны, какъ это видно по ихъ поведенію и работѣ.

Въ формально оживленной рѣчи маніакальнаго отражается его эйфорическое возбужденіе, въ тихой и медленной рѣчи меланхолика — депрессивное заторможеніе, въ невнятномъ бормотаніи идіотовъ— ихъ моторная и сенсорная безпомощность, въ смазанной спотыкающейся рѣчи паралитиковъ — ихъ координаторныя разстройства, въ нерѣшительной пѣвучей рѣчи эпилептиковъ — ихъ тяжелая медлительность въ мысли и чувствѣ. Различныя дизартріи при апоплексіи и другихъ органическихъ поврежденіяхъ мозга не относятся непосредственно къ нашей области, такъ какъ они возникаютъ не въ мозговой карѣ.

Длительное молчаніе называется мутизмомъ, онъ можетъ имѣть въ основѣ различныя причины: негативизмъ, бредовыя идеи, галлюцинаторное запрещеніе говорить, главная же причина заключается въ томъ, что шизофренику нечего сообщать окружающимъ и что онъ нисколько не обращаетъ вниманія на поставленные ему вопросы.

Аналогичныя разстройства мы видимъ и въ почеркѣ. Орѳографическія и грамматическія ошибки, неправильныя исправленія,

мазня обнаруживаютъ психическіе дефекты больного. Безпомощность имбецилика и координаторное разстройство паралитика накладываютъ на почеркъ свой отпечатокъ, который легко узнается; то же можно сказать и про маніакальную подвижность и отзывчивость, и про меланхолическое заторможеніе. Нѣкоторыя писанія шизофрениковъ содержатъ особыя странныя буквы и выкрутасы, своеобразную орѳографію, неправильное расположеніе строкъ, примѣсь непонятныхъ знаковъ и тому подобное. Содержаніе написаннаго даетъ намъ не менѣе цѣнныя указанія относительно душевной жизни больныхъ, какъ и ихъ рѣчь, иногда даже еще болѣе цѣнныя, такъ какъ больные во время писанія остаются наединѣ сами съ собою и даютъ себѣ больше воли. Одинъ параноикъ, искусно диссимулировавшій, довѣрялъ свои бредовыя идеи только бумагѣ, которую онъ потомъ бросалъ въ клозетъ; жена, сильно страдавшая отъ его болѣзни, собрала эти бумажки и получила такимъ образомъ нужный документальный матеріалъ для развода и наложенія опеки.

С. Соматическіе симптомы.

Изъ соматическихъ симптомовъ особенно важны неврологическіе, такъ какъ съ одной стороны многіе психозы представляютъ частное проявленіе органическаго страданія (центральной) нервной системы, а съ другой стороны функціональные неврозы это тѣ же душевныя болѣзни. Изложеніе нервной семіологіи въ сущности есть дѣло нервной клиники, однако мы здѣсь для оріентировки приведемъ наиболѣе важные симптомы.

Параличи встрѣчаются при органическихъ болѣзняхъ мозга, особенно при идіотіи, прогр. параличѣ, Корсаковской болѣзни; при послѣдней параличи носятъ конечно периферическій характеръ. Психическіе параличи встрѣчаются рѣже; генезъ ихъ истериформный даже, когда мы ихъ видимъ внѣ истеріи. Въ качествѣ послѣдствія нѣкоторыхъ параличей развиваются контрактуры. Кромѣ этого бываютъ и первичныя (истериформныя) контрактуры.

Настоящія судороги наблюдаются во время припадковъ эпилептическихъ, паралитическихъ, кататоническихъ и истерическихъ. Huntington'овская болѣзнь сопровождается всегда хореическими движеніями. При обыкновенной хореѣ психическія разстройства доходятъ иногда до степени настоящаго психоза. Медленныя атетотическія движенія, ограничивающіяся большею частью одной конечностью или одной половиной тѣла, представляютъ очаговые симптомы идіотіи послѣ энцефалита или слабоумія послѣ апоплексіи и др. Къ разряду судорожныхъ движеній относятся также жевательныя движенія и скрежетаніе зубами у идіотовъ, органиковъ и при остромъ бредѣ.

Опредѣленной формы разстройства координаціи составляютъ существенную часть явленій прогр. паралича; общая плохая координація движеній относится къ симптомамъ среднихъ и тяжелыхъ степеней олигофреніи.

Психозы часто сопровождаются трясеніемъ: мелкое, равномѣрное трясеніе мы видимъ при неосложненномъ хроническомъ алкоголизмѣ и нѣкоторыхъ случаяхъ шизофреніи; крупное разныхъ степеней — при всѣхъ органическихъ болѣзняхъ, включая сюда тяжелыя формы алкоголизма и delirium tremens, при лихорадочныхъ интоксикаціяхъ, нѣкоторыхъ истощеніяхъ. Изъ всѣхъ органическихъ формъ трясенія наиболѣе постояненъ tremor, наблюдающійся при старческомъ слабоуміи. Непостоянный tremor часто является только признакомъ какого либо возбужденія.

Изъ рефлексовъ не имѣютъ никакого, можно сказать, значенія для психіатріи кожные рефлексы, за исключеніемъ Бабинскаго. Важнѣе сухожильные и костные рефлексы; во всѣхъ случаяхъ, когда нарушена контрольная дѣятельность большого мозга, рефлексы повышены, слѣдовательно и при идіотіи и при истеріи, затѣмъ при dementia praecox, сильнѣе всего конечно при органическихъ психозахъ. Если колѣнный рефлексъ переходитъ на другую ногу (чаще всего на приводящія мышцы), а еще больше, когда рефлексъ получается при ударѣ о наколѣнникъ или о tibia, можно съ большой вѣроятностью предположить органическое страданіе. Повышеніе рефлексовъ можетъ быть замаскировано — вплоть до полной потери рефлексовъ — страданіемъ периферическихъ нервовъ и спинного мозга (алкогольная Корсаковская болѣзнь, табопараличъ).

Нѣкоторые придаютъ значеніе отсутствію глоточнаго рефлекса для діагноза истеріи. Однако его можно не получить при бромизмѣ (и у многихъ здоровыхъ, въ зависимости отъ способа изслѣдованія).

Зрачковые рефлексы страдаютъ въ соотвѣтствіи съ органическими разстройствами; при прогр. параличѣ какъ правило наблюдается отсутствіе реакціи на свѣтъ (симптомъ Argyll-Robertson'a), оно же составляетъ важный симптомъ другихъ сифилитическихъ заболѣваній нервной системы. Кататонія повидимому способствуетъ появленію функціональныхъ, необъяснимыхъ еще пока зрачковыхъ разстройствъ.

Анэстезіи и анальгезіи, равно какъ и гиперэстезіи были уже упомянуты. Парэстезіи могутъ имѣть органическую подкладку въ видѣ перерожденій центральной или периферической нервной системы, или же онѣ бываютъ обусловлены психическими причинами. Повидимому при шизофреніи тѣлесныя ощущенія извращаются небольшими дегенеративными или интоксикаціонными процессами, что подаетъ поводъ къ ипохондрическимъ бредовымъ идеямъ и къ превращенію ихъ въ тѣлесныя галлюцинаціи.

Остальныя соматическія функціи отчасти страдаютъ попутно отъ психическихъ причинъ (отсутствіе аппетита при депрессіи), отчасти разстраиваются органически вслѣдствіе основной болѣзни (прогр. параличъ), отчасти онѣ сами служатъ причиной психическаго страданія (Базедовы психозы, атиреоидизмъ, случаи аменціи). Очень разнообразны причины разстройства сна, постоянно наблюдаемаго въ острыхъ состояніяхъ.

Регулы въ теченіе психозовъ часто пропадаютъ на нѣкоторое время; при хроническихъ болѣзняхъ субъективныя, по крайней

мѣрѣ, разстройства менструацій (боль и т. д.) очень рѣдки, когда больная не обращаетъ на нихъ вниманія, т. е. у шизофреничекъ; дебилки, которымъ, наоборотъ, эти вещи кажутся очень важными, часто жалуются на регулы. Роды протекаютъ превосходно, если болѣзнь не даетъ больной безпокоиться объ этомъ. Мы видимъ изъ этого, что именно вмѣшательство психики дѣлаетъ родовую функцію у культурнаго человѣка до странности труднымъ дѣломъ. Если нѣтъ серьезныхъ анатомическихъ препятствій душевнобольныя женщины легко рожаютъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда раньше въ здоровомъ состояніи имъ нужно было искусственное пособіе. Потенція, а также libido отсутствуетъ при многихъ депрессіяхъ, при морфинизмѣ, при многихъ шизофреніяхъ. Иногда потенція и libido повышены въ начальныхъ возбужденныхъ состояніяхъ органическихъ психозовъ, особенно при прогр. параличѣ, и у сенильныхъ больныхъ, у которыхъ половое влеченіе давно угасло; при хроническомъ алкоголизмѣ повышено только libido, потенція большею частью понижена.

На высотѣ депрессіи слезъ не бываетъ. При шизофреніи могутъ быть нарушены всѣ выдѣленія самымъ причудливымъ образомъ. При отказѣ отъ пищи, а также конечно при діабетическихъ психозахъ въ мочѣ обнаруживаетея присутствіе ацетона. Обмѣнъ веществъ непонятнымъ образомъ сильно нарушается особенно при прогр. параличѣ и dementia praecox: скачки отъ крайняго маразма до рѣзкаго ожирѣнія и наоборотъ не рѣдки. Въ острыхъ заболѣваніяхъ вѣсъ тѣла обыкновенно падаетъ, а въ періодѣ выздоровленія вѣсъ поднимается.

Вообще говоря, мы знаемъ массу единичныхъ фактовъ изъ области разстройствъ пищеваренія, обмѣна веществъ и крови, однако не знаемъ ничего постояннаго, ничего, что было бы само понятно или способствовало бы пониманію. Температура тѣла въ большинствѣ психозовъ почти нормальна; однако бываютъ, особенно при прогр. параличѣ, повышенія температуры церебральнаго происхожденія, при истеріи — психогеннаго происхожденія; субнормальныя температуры наблюдаются при марантическихъ состояніяхъ, при мозговыхъ страданіяхъ и при шизофреніи (послѣднее пока не поддается объясненію).

Сердце и сосудодвигательная система задѣваются почти при всѣхъ психозахъ (за исключеніемъ можетъ быть паранои).

При прогр. параличѣ, возможно и при старческихъ процессахъ, а такъ же при шизофреніи наблюдаются табоподобныя и иныя разрѣженія костной ткани. Разнообразное происхожденіе имѣютъ другія трофическія разстройства, какъ напр. наклонность къ отгэматомамъ и пролежнямъ при органическихъ болѣзняхъ.

Съ лежащей въ основѣ многихъ душевныхъ болѣзней аберраціей склада мозга бываетъ связано и неправильное тѣлесное развитіе. Значительная часть больныхъ имѣетъ много — или во всякомъ случаѣ больше средняго здороваго человѣка — аномалій развитія, недостаточный ростъ, неправильный черепъ, плохую форму

ушей и неба, неправильное расположеніе зубовъ и недостаточное ихъ развитіе, и даже ненормально длинный червеобразный отростокъ. Одно время придавали большое значеніе этимъ „признакамъ дегенераціи“; однако ни ихъ наличіе, ни ихъ отсутствіе не позволяетъ дѣлать никакихъ выводовъ о психикѣ въ каждомъ данномъ случаѣ. Чаще и больше всего они встрѣчаются у олигофрениковъ, эпилептиковъ и преступниковъ, рѣже при другихъ душевныхъ болѣзняхъ. Нѣкоторые называютъ параною и маніакально депрессивный психозъ „дегенеративными психозами“, между тѣмъ какъ разъ они часто наблюдаются у людей, вполнѣ правильно развитыхъ физически.

D. Формы проявленія душевныхъ болѣзней.

Психозъ представляетъ большею частью сложное образованіе, внѣшнія проявленія котораго мѣняются не только отъ больного къ больному, но и у одного и того же больного въ зависимости отъ періода. Формы проявленія раньше смѣшивали съ понятіемъ болѣзни[1]), но и теперь еще представляетъ практическій интересъ выдѣлить изъ нихъ болѣзненныя состоянія и синдромы.

Болѣзненныя состоянія.

Маніакальное состояніе: со стороны аффективности — повышеное, очень лябильное, легко переходящее въ гнѣвъ настроеніе; со стороны мышленія — скачка идей; центробѣжно — суетливость; въ качествѣ добавочныхъ симптомовъ не рѣдки идеи величія и повышенной самооцѣнки.

Выраженіе „манія“ въ настоящее время обычно обозначаетъ маніакальное состояніе маніакально-депрессивнаго психоза. Въ странахъ англійскаго и романскихъ языковъ этимъ именемъ называютъ еще часто всевозможныя возбужденія, особенно если они проявляются въ двигательной сферѣ.

Наряду съ выраженіемъ „манія“ до недавнаго времени употреблялось въ томъ же значеніи слово „буйство“, причемъ оно долгое время обозначало исключительно маніакальное состояніе. Однако этому выраженію часто придавалось неправильно буквальное значеніе

Эйфорическое возбужденіе, безсильное и дурачливое, многіе называютъ моріей. Скачки идей при этомъ можетъ и не быть. Морія наблюдается въ періодѣ успокоенія маніакальнаго приступа и при очагахъ въ лобной долѣ. Повышенное настроеніе въ теченіи психозовъ, ведущихъ къ слабоумію, тоже можетъ иногда походить на это состояніе.

Депрессія (меланхолическое состояніе): всѣ переживанія окрашены чувствомъ боли, мышленіе и центробѣжная сфера заторможены. Въ качествѣ добавочнаго симптома бредъ уничиженія.

[1]) Kahlbaum'у принадлежитъ заслуга сознательнаго проведенія рѣзкой границы между „состояніемъ“ и „болѣзнью“, хотя въ его время уровень научныхъ знаній не давалъ еще возможности точнѣе выдѣлить естественныя формы болѣзней.

Выраженіе „меланхолія“ долгое время обозначало выдѣленную Kraepelin'ымъ въ качествѣ отдѣльной формы болѣзни инволюціонную меланхолію; кто не признаетъ этой самостоятельной формы болѣзни, обозначаетъ этимъ словомъ депрессію маніакально-депрессивнаго психоза.

Маніакальное и меланхолическое (= депрессивному) состояніе мы видимъ почти въ чистомъ видѣ въ обычныхъ случаяхъ маніакально-депрессивнаго психоза, затѣмъ въ видѣ случайнаго состоянія болѣе или менѣе часто при многихъ душевныхъ болѣзняхъ.

Бредовое состояніе: острое состояніе, въ которомъ преобладаніе бредовыхъ идей и галлюцинацій бываетъ иногда такъ сильно, что больной перестаетъ владѣть собой и не оріентируется. Въ настоящее время этимъ терминомъ больше не обозначаютъ хроническихъ состояній. Если къ описываемому состоянію присоединяется колебаніе аффекта, иными словами если мы имѣемъ дѣло съ проявленіемъ маніакально-депрессивнаго психоза, то мы имѣемъ передъ собою маніакальное или меланхолическое бредовое состояніе.

То, что долгое время обозначалось словомъ бредовое состояніе, были большею частью галлюцинаторныя возбужденія шизофрениковъ. Мы употребляемъ это выраженіе только для обозначенія тѣхъ формъ маніакально-депрессивныхъ приступовъ, которыя трудно подвести подъ другое названіе и, при которыхъ основной комплексъ болѣе или менѣе прикрытъ галлюцинаціями и бредовыми идеями, кромѣ того, этимъ же именемъ называемъ похожія на это шизофреническія состоянія.

Meynert думалъ одно время, что подъ этимъ именемъ онъ описалъ особую болѣзнь. Впослѣдствіи онъ назвалъ это аменціей (см. эту картину болѣзни въ частной психіатріи).

Много значеній имѣетъ слово „спутанность“; оно обозначаетъ прежде всего описанное выше разстройство мышленія, которое трудно отграничить отъ безсвязности и диссоціаціи. Однако этимъ именемъ обозначаютъ также болѣе сложныя состоянія различнаго происхожденія, понимая ихъ то какъ синдромъ, то какъ состояніе, то какъ болѣзнь. По Ziehen'у спутанность это симптомокомплексъ, состоящій изъ отсутствія оріентировки, изъ безсвязнаго теченія представленій и двигательной безсвязности. Болѣзни, которыя назывались „спутанность“, соотвѣтствуютъ приблизительно средней степени аменціи новаго времени. Мы здѣсь употребляемъ это выраженіе только для обозначенія разстройства мышленія въ вышеописанномъ смыслѣ.

„Галлюцинаторная спутанность“ симптоматологически почти то же, что и аменція въ болѣе широкомъ значеніи этого слова; слѣдовательно, то, что еще теперь нѣкоторые называютъ этимъ именемъ, относится частью къ аменціи въ нашемъ смыслѣ, частью къ шизофреніи. Аменцію и спутанность трудно отграничить отъ сумеречнаго состоянія и отъ бреда; пока мы еще не можемъ обходиться безъ этихъ понятій.

Острый бредъ представляетъ въ настоящее время рѣдкую мозговую болѣзнь, имѣющую въ основѣ повидимому разныя инфекціи или шизофреническій процессъ, сопровождающійся бредомъ и судорожными явленіями и ведущій большей частью къ смерти.

Словомъ галлюцинозъ Wernicke называетъ острыя галлюцинаторныя состоянія; при этомъ оріентировка, а отчасти и сознательность

сохраняются въ отличіе отъ бреда и большей части сумеречныхъ состояній (алкогольный галлюцинозъ = галлюцинаторному помѣшательству алкоголиковъ).

Просоночное состояніе не что иное, какъ другое обозначеніе сумеречнаго состоянія.

Преходящими психозами[1]) называютъ короткіе приступы, сопровождающіеся разстройствами сознанія, внезапно начинающіеся и внезапно кончающіеся. Они наблюдаются при различныхъ психопатіяхъ (bouffées délirantes по Magnan'у), гдѣ поводомъ къ ихъ возникновенію являются аффективныя или токсическія причины, затѣмъ при настоящихъ психозахъ, скрытыхъ или явныхъ, особенно при шизофреніи и эпилепсіи. Многія изъ этихъ состояній составляютъ часть общей массы сумеречныхъ состояній. Иногда они являются причинами преступленій.

Ступоръ бываетъ различнаго происхожденія, онъ наблюдается особенно при шизофреніи, затѣмъ при истеріи, эпилепсіи а также при ауто-интоксикаціяхъ и т. п., рѣдко при маніакально-депрессивномъ психозѣ. (Эмоціональный ступоръ это синдромъ, встрѣчающійся при разныхъ состояніяхъ, особенно при разнаго рода „нервозности“ и при олигофреніяхъ).

Формы ступора, въ которыхъ отсутствуетъ почти совершенно движеніе, называются аттонія (attonitas)[2]). Обычно, она представляетъ кататоническое состояніе; нѣкоторые пробовали выдѣлить особую melancholia attonita, однако сомнительно, существуетъ ли такая форма, т. е., можетъ ли заторможеніе въ чистой депрессіи дойти до длительной полной неподвижности.

Затуманеннымъ сознаніемъ (оглушенность) мы называемъ многія состоянія съ суженнымъ, неяснымъ и замедленнымъ мышленіемъ, когда симптомы раздраженія мало замѣтны или вовсе отсутствуютъ: въ полуснѣ, лихорадкѣ, эпилепсіи, шизофреніи, всякаго рода органическихъ болѣзняхъ. Нѣкоторыя изъ этихъ состояній можно съ такимъ же правомъ назвать ступоромъ.

Ипохондріей мы называемъ состояніе, когда вниманіе сосредоточено на собственномъ здоровіи, съ наклонностью приписывать себѣ всевозможныя болѣзни на основаніи самыхъ ничтожныхъ признаковъ или вовсе безъ всякихъ данныхъ. Ипохондрія встрѣчается при dementia praecox, при депрессивныхъ и неврастеническихъ состояніяхъ и при всякаго рода психопатіяхъ. Болѣзни ипохондріи мы теперь не знаемъ.

Кататонія, какъ таковая, является формой проявленія шизофреніи. Однако, кататоническіе симптомы наблюдаются также въ теченіи органическихъ душевныхъ болѣзней и при эпилепсіи.

Параноидными симптомами называются галлюцинаціи и бредовыя идеи у сознательныхъ больныхъ безъ (первичнаго) измѣненія аффекта.

---

[1]) Формы этихъ психозовъ, сопровождающіяся возбужденіемъ, раньше называли преходящими маніями.

[2]) Ziehen и др. считаютъ необходимой принадлежностью аттоніи извѣстную степень мышечнаго напряженія

Острая (галлюцинаторная) параноя представляетъ по Ziehen'у и др. особую болѣзнь. Большинство этихъ состоянiй мы относимъ къ острымъ проявленiямъ шизофренiи.

Религiознымъ помѣшательствомъ, mania religiosa, можетъ быть любая душевная болѣзнь съ религiозными бредовыми представленiями, чаще всего dementia praecox. Однако нѣкоторые еще до сихъ поръ называютъ этимъ именемъ меланхолiю съ ясно выраженнымъ бредомъ грѣховности.

Дементность (слабоумiе) не представляетъ единаго состоянiя. Это понятiе чисто практическаго свойства. Дементнымъ мы называемъ всякаго, кто перестаетъ справляться съ жизнью вслѣдствiе пониженной работоспособности интеллекта. Въ научномъ смыслѣ мы не знаемъ единой дементности, а знаемъ дементность олигофреническую, шизофреническую, эпилептическую, органическую, иными словами формы весьма различныя по существу. Дiагнозъ дементность съ научной точки зрѣнiя недостаточенъ, нужно всегда указывать родъ ея.

Психопатiей мы называемъ совокупность психическихъ аномалiй, не отнесенныхъ ни къ одной опредѣленной болѣзненной формѣ; онѣ лежатъ преимущественно на грани между здоровьемъ и болѣзнью. Нѣкоторые думаютъ, что это слово обозначаетъ вполнѣ опредѣленное понятiе; они несомнѣнно ошибаются.

Дегенерацiя. „Дегенеранты" это почти то же, что психопаты, это люди, которые умственно а особенно аффективно на все реагируютъ, какъ среднiй здоровый человѣкъ. „Dégenerés supérieurs" это психопаты, стоящiе въ какомъ либо отношенiи выше средняго уровня и могущiе поэтому занять положенiе въ жизни. Къ этой группѣ можно отнести многихъ знаменитыхъ людей, слава которыхъ вполнѣ заслужена.

Относительно нѣкоторыхъ этiологическихъ обозначенiй см. въ концѣ отдѣла о причинахъ.

Синдромы:

Нѣсколько отличается отъ болѣзненныхъ состоянiй понятiе синдромы, т. е. комплексы симптомовъ, генетически связанныхъ. Часть болѣзненныхъ состоянiй, напр. манiакально депрессивное, если еще присоединить сюда соотвѣтствующiя бредовыя идеи — являются одновременно и синдромами. Затѣмъ можно съ нѣкоторымъ основанiемъ признавать Корсаковскiй синдромъ; подъ этимъ подразумѣваютъ — односторонне выдѣляя разстройство памяти и недостаточно оттѣняя другiе моменты — то, что мы называемъ „органическимъ симптомокомплексомъ", т. е. совокупность основныхъ психическихъ симптомовъ диффузнаго исчезновенiя корковыхъ элементовъ или общаго пониженiя корковыхъ функцiй вслѣдствiе сотрясенiя или поврежденiя мозга (см. психозы при поврежденiяхъ мозга).

Самостоятельнымъ синдромомъ является кататимическое образованiе бреда, иными словами образованiе бреда на почвѣ опредѣленнаго комплекса или особеннаго переживанiя при наличiи

вообще говоря яснаго сознанія. Этотъ синдромъ самъ по себѣ или въ соединеніи съ галлюцинаціями образуетъ параноидный синдромъ, чего не слѣдуетъ смѣшивать съ параноидной конституціей, когда больной относитъ дѣйствія другихъ къ самому себѣ или истолковываетъ ихъ въ духѣ своей душевной установки (недовѣрчивость, преслѣдованіе, величіе), при чемъ дѣло не доходитъ до опредѣленнаго развитія настоящаго бреда. Слѣдуетъ упомянуть еще истерическій и неврастеническій симптомокомплексы[1], навязчивые симптомы, психозъ и неврозъ страха, затѣмъ неврозъ испуга, неврозъ ожиданія и сумеречныя состоянія; всѣ они образуются путемъ опредѣленныхъ механизмовъ на разныхъ почвахъ (психопатія, истерія, эпилепсія). Среди сумеречныхъ состояній можно выдѣлить нѣкоторые типы, которые довольно хорошо различаются по своему (психическому) генезу: Ganser'овскій синдромъ, имѣющій видъ душевной болѣзни съ наклонностью думать и дѣлать все „наоборотъ"; въ „шутовскомъ" синдромѣ больной „дурака валяетъ"[2]; въ пуэрилизмѣ[3] онъ играетъ роль ребенка, въ псевдодементности — ничего не знающаго. Кромѣ того осуществленіе желаній можетъ происходитъ не только путемъ сумеречныхъ состояній, но и въ нихъ галлюцинаторно: больные воображаютъ себя въ желаемой ситуаціи. Желаніе казаться душевнобольнымъ или невмѣняемымъ исполняется путемъ Ganser'овскаго состоянія, которое есть само по себѣ душевная болѣзнь; желаніе быть признаннымъ невиновнымъ или быть помилованнымъ осуществляется въ тюремномъ бредѣ, который изображаетъ невиновность или помилованіе. Максимальное исполненіе желаній даетъ экстазъ. Всѣ эти синдромы называютъ также цѣлевыми психозами.

Изъ числа сумеречныхъ состояній нужно особо выдѣлить блужданія (поріоманія, fugues). Больные стремятся куда то совершенно безотчетно или подъ вліяніемъ одной какой либо неясной, неконтролируемой идеи, иногда чисто моторно, обращая вниманіе на внѣшній міръ лишь, поскольку это нужно для ходьбы, иногда же больные внѣшне ничѣмъ не обращаютъ на себя вниманія, кажутся сознательными, правильно используютъ пути сообщенія, даже могутъ бесѣдовать съ другими людьми; въ другихъ случаяхъ наблюдается нѣчто среднее между этими двумя крайностями. Болѣе легкія формы скорѣе психогеннаго происхожденія и могутъ встрѣчаться вездѣ, и у истеричныхъ, у чистыхъ психопатовъ особенно въ юношескомъ возрастѣ, подъ вліяніемъ волнующаго переживанія, искушенія, невыносимой ситуаціи. Болѣе тяжелыя формы относятся къ эпилепсіи, среднія большею частью къ шизофреніи.

Сутяжничество возникаетъ на почвѣ повышеннаго самосознанія при наличіи активности и отсутствіи пониманія правъ другихъ (при шизофреніи, параноѣ, долго тянущихся маніакальныхъ настрое-

---

[1]) Формы проявленія ихъ см. въ главахъ о соотвѣтствующихъ болѣзняхъ.

[2]) У шизофрениковъ подобно шаловливымъ дѣтямъ шутовство въ видѣ исключенія является иногда средствомъ скрыть свое смущеніе.

[3]) Не смѣшивать съ инфантилизмомъ, когда психическое и физическое развитіе останавливается и остается на дѣтскомъ уровнѣ.

ніяхъ, травматическомъ неврозѣ, сидѣніи въ тюрьмѣ). Тюремное заключеніе независимо отъ аффективныхъ взрывовъ ярости вызываетъ состоянія, въ которыхъ больной въ своемъ бреду думаетъ, что то его помиловали, оправдали, признали невиновнымъ, то его преслѣдуетъ окружающее. Общимъ именемъ психозовъ ситуаціи называютъ синдромы, вызываемые опредѣленной ситуацией (тюремные психозы, Ganser'овскіе, преходящіе аффективные психозы, иногда также сутяжничество и т. д.)

Далѣе, синдромами являются также „припадки" эпилептиформные въ тѣсномъ смыслѣ слова съ petit mal, Jackson'овскіе, паралитическіе, кататоническіе.

Hoche пытался на мѣсто еще шаткихъ формъ болѣзни поставить синдромы, и предложилъ удовлетвориться діагнозомъ послѣднихъ. Однако ученіе о синдромахъ еще тоже несовершенно, и одинъ и тотъ же синдромъ можетъ имѣть совершенно разное значеніе терапевтически и вообще практически въ зависимости отъ того, наблюдается ли онъ при истеріи, эпилепсіи или шизофреніи: кромѣ того, наши знанія о „болѣзняхъ" въ обычномъ смыслѣ этого слова настолько подвинулись, что будетъ большимъ научнымъ ущербомъ отказаться отъ этого представленія.

Е. Теченіе душевныхъ болѣзней.

Трудно сказать что нибудь объ общемъ теченіи душевныхъ болѣзней. Врожденныя душевныя болѣзни имѣютъ „теченіе" лишь, поскольку мы наблюдаемъ въ нихъ иногда острые синдромы или ухудшенія, напр. въ періодѣ полового созрѣванія или при комбинаціи съ новымъ заболѣваніемъ (эпилепсія, шизофренія, алкоголизмъ, атрофія мозга).

По отношенію къ пріобрѣтеннымъ симптомамъ часто принято говорить о предвѣстникахъ (продромахъ), однако тутъ, какъ и вездѣ, это не что иное какъ легкіе признаки заболѣванія, настолько легкіе, что по нимъ еще нельзя поставить діагнозъ. Наиболѣе частые продромы: депрессія, экзальтація, странности, симптомы нервозности или измѣненіе характера, причемъ новая „установка" характера можетъ походить на характеръ здоровыхъ, т. е. сама по себѣ можетъ не представлять ничего болѣзненнаго; кромѣ того, самые признаки душевнаго заболѣванія, когда они слабо выражены, могутъ имѣть значеніе предвѣстниковъ.

„Начало самаго заболѣванія" обычно подкрадывается постепенно, если конечно не считать болѣзнью одни острые эпизоды на фонѣ хроническаго состоянія, какъ это дѣлали и дѣлаютъ еще и теперь по отношенію къ отдѣльнымъ приступамъ маніакально-депрессивнаго психоза. Все же, нужно считать острыми въ собственномъ смыслѣ слова извѣстныя бредовыя состоянія, истерическія сумеречныя состоянія и т. п.

Все теченіе въ общемъ нужно большею частью считать хроническимъ даже съ точки зрѣнія психіатріи, гдѣ и многолѣтнія депрессіи, если только онѣ проходятъ, называютъ острой болѣзнью. Терминъ „острый" сталъ обозначать приблизительно то же, что преходящій, „хроническій" пріобрѣлъ значеніе неизлѣчимаго. При органическихъ

психозахъ, гдѣ въ концѣ концовъ дѣло кончается смертью, лучше избѣгать дѣленія на острыя и хроническія, поскольку это касается болѣзни.

Въ теченіи болѣзней наблюдаются острые толчки, острые приступы, и ремиссіи. Толчки это быстро наступающія ухудшенія болѣзни; если рѣчь идетъ объ опредѣленномъ психическомъ процессѣ, обычно при этомъ предполагаютъ временное ускореніе теченія процесса. Понятіе толчковъ подразумѣваетъ, что наступившее ухудшеніе не совсѣмъ проходитъ. Часто они сопровождаются какимъ либо возбужденіемъ или другими добавочными симптомами, которые могутъ потомъ пройти, независимо отъ общаго ухудшенія, остающагося на долго. Распознаваніе прогр. паралича и шизофреніи какъ болѣзни обычно происходитъ въ періодѣ такого толчкообразнаго ухудшенія, послѣ того, какъ больной уже задолго до этого сталъ постепенно мѣняться. При dementia praecox эти ухудшенія принимаютъ форму шизофренической маніи или меланхоліи, кататоніи или другихъ синдромовъ, которые прежде считались отдѣльными психозами. Обостреніемъ называютъ общее ухудшеніе, особенно, если оно потомъ проходитъ. Многія изъ нихъ представляютъ обусловленныя психическими причинами возбужденія или сумеречныя состоянія (напр. при шизофреніи), которыя не стоятъ въ непосредственной связи съ болѣзненнымъ процессомъ, а представляютъ только преходящія реакціи болѣзненной психики на извѣстныя раздраженія. Понятно, что они обычно цѣликомъ проходятъ. Не принято называть обостреніемъ острые приступы, составляющіе существо болѣзни, измѣненія настроенія и сумеречныя состоянія эпилептиковъ или маніи и меланхоліи маніакально депрессивныхъ. Всѣ эти преходящія состоянія хроническихъ болѣзней можно въ общемъ назвать острыми приступами. На ряду съ ухудшеніями бываютъ ремиссіи: затѣмъ отъ точки зрѣнія зависитъ, признавать ли особыя интермиссіи при болѣзняхъ вродѣ маніакально, депрессивнаго психоза. Мы вмѣстѣ съ Kraepelin'ымъ Magnan'омъ и др. считаемъ болѣзнью всю совокупность маніакально-депрессивныхъ состояній, а острые приступы считаемъ наиболѣе выдающимися проявленіями болѣзни. Острые аффективные приступы могутъ правильно чередоваться, за маніей можетъ послѣдовать меланхолія, за нею опять манія и т. д., иногда съ прослойкой здороваго состоянія послѣ маніи или послѣ меланхоліи или послѣ обѣихъ. Подобнаго рода формы называютъ циркулярными или циклическими. Кромѣ маніакально-депрессивнаго психоза онѣ встрѣчаются иногда при шизофреніи и еще рѣже при прогр. параличѣ.

Количество выздоровленій отъ душевныхъ болѣзней въ больничной статистикѣ зависитъ во многомъ отъ того, какъ обусловленъ пріемъ, а внѣ этого главнымъ образомъ отъ взглядовъ врача. Дѣло вкуса, считать ли выздоровѣвшимъ или нѣтъ шизофреника, вполнѣ работоспособнаго соціально, у котораго только очень тщательное изслѣдованіе можетъ обнаружить нѣкоторые слѣды болѣзни. Я предпочитаю держаться отрицательной точки зрѣнія, особенно принимая во вниманіе развивающіяся впослѣдствіи новыя ухудшенія, хотя я знаю, что болѣзнь можетъ и „окончательно затихнуть“. Дающее

столь большой процентъ выздоровленій въ больничныхъ статистикахъ delirium tremens, большею частью конечно проходитъ совершенно, не проходитъ однако лежащій въ основѣ его алкоголизмъ, иными словами, выздоровѣла болѣзнь, но не больной. При dementia praecox послѣ многихъ лѣтъ, когда на больного уже давно махнули рукой, можетъ наступить еще „выздоровленіе" вслѣдствіе лихорадочнаго заболѣванія или перемѣщенія и т. п.

Принято говорить также о выздоровленіи съ дефектомъ, причемъ представляютъ себѣ (далеко не для всѣхъ случаевъ это подходитъ) что острая болѣзнь произвела дефектъ, въ родѣ того, какъ зажившая рана оставляетъ рубецъ. „Психическій рубецъ" можетъ возникнуть на почвѣ остатковъ симптомовъ, напр. бредовая идея, которую больной не корригируетъ несмотря на то, что онъ сталъ сознательнымъ. Если психическій рубецъ былъ настолько тяжелъ и многообразенъ, что его можно было считать отдѣльной болѣзнью, это состояніе раньше называли вторичнымъ въ отличіе отъ первичной болѣзни, вызвавшей „вторичное слабоуміе" или „вторичное помѣшательство". Это понятіе нужно теперь отбросить, такъ какъ въ этихъ случаяхъ почти всегда имѣли дѣло съ dementia praecox, которая по существу не мѣняется.

Раньше признавали типическое теченіе душевныхъ болѣзней, состоявшее въ чередованіи депрессіи, возбужденія, спутанности, слабоумія; и теперь еще многіе твердо придерживаются убѣжденія, что развитію болѣзни обычно предшествуетъ стадій депрессіи. Это невѣрно, хотя конечно затрудненія, которыя больной чувствуетъ въ началѣ болѣзни могутъ вызвать депрессивныя настроенія, въ качествѣ вполнѣ естественной реакціи, которая сама по себѣ не болѣзненна.

Почти всѣ органическія душевныя болѣзни и отдѣльные тяжелые случаи другихъ формъ, напр. кататоніи, имѣютъ исходомъ смерть. Въ небольшой части другихъ формъ смертельный исходъ можетъ наступить вслѣдстіе самоубійства, негигіеническихъ условій, отказа отъ пищи, истощенія отъ безпокойства и безсонницы, пораненій, инфекціи.

Въ смыслѣ прогностики мы должны различать прогностику направленія болѣзни и при хроническихъ болѣзняхъ кромѣ того прогностику протяженія. Органическія душевныя болѣзни протекаютъ въ направленіи опредѣленнаго слабоумія и смерти, эпилепсія и шизофренія идутъ въ направленіи слабоумія, но не къ смерти; въ предѣлахъ самой шизофреніи нужно принять во вниманіе различныя направленія прогностики (параноидъ, кататоническое слабоуміе и т. д.). Не менѣе важна также и прогностика протяженія, т. е. предсказаніе, какъ далеко разовьется болѣзнь въ предѣлахъ ближайшаго періода времени: можно ли вскорѣ ждать затишья болѣзни или извѣстной поправки? Станетъ ли больной скоро непригоднымъ для общежитія изъ за слабоумія? Или онъ еще будетъ держаться несмотря на болѣзнь? при какихъ условіяхъ? Такіе вопросы часто возникаютъпри demenia praecnx, эпилепсіи и болѣе тяжелыхъ формахъ маніакально-депрессивнаго психоза, иногда удается дать на нихъ довольно вѣрный отвѣтъ.

F. Границы помѣшательства.

Рѣдко когда вопросъ: боленъ или здоровъ? ставится въ болѣе неумолимой формѣ или съ болѣе тяжелыми послѣдствіями, чѣмъ при оцѣнкѣ душевнаго состоянія. Однако самая постановка вопроса невѣрна. Не существуетъ границъ помѣшательства, какъ нѣтъ ихъ и въ другихъ болѣзняхъ. У всякаго человѣка могутъ внѣдриться иногда туберкулезныя бациллы, одинъ-другой микробъ могутъ разъ другой дѣлиться. Сколько же должно быть бактерій, сколько должно погибнуть легочной ткани, чтобы имѣть право назвать человѣка туберкулезнобольнымъ? Или при какой степени чувствительности организма „предрасположеніе къ туберкулезу" можетъ быть названо болѣзненнымъ? Никто не возьмется отвѣтить на этотъ вопросъ. Еще нелѣпѣе ставить вопросъ о здоровьѣ или болѣзни тамъ, гдѣ рѣчь не идетъ о чемъ либо новомъ, пришломъ, а исключительно объ отклоненіи отъ нормы. Гдѣ граница между здоровой глупостью и болѣзненнымъ слабоуміемъ? Гдѣ кончается нормальный ростъ и начинается ненормальный? Тѣмъ не менѣе психіатру ежедневно ставятъ такіе вопросы и публика, и представители права.

Въ долинѣ, не имѣющей равнины, расположено поселеніе, состоящее изъ разбросанныхъ домовъ, поднимающихся отъ рѣки къ склонамъ горы. Одинъ богачъ имѣлъ тамъ зимній домъ въ долинѣ и лѣтнюю дачу на горѣ. Онъ не могъ поладить съ жителями долины; они проводили противно его интересамъ улицы черезъ его землю, требовали отчужденія его земли подъ улицы и многое другое. На горѣ у него были хорошіе сосѣди. Онъ завѣщалъ свое состояніе „жителямъ горы" на помощь нуждающимся, на водоснабженіе и т. д. Послѣ его смерти возникла тяжба, такъ какъ многіе жившіе внизъ по склону заявили со своей стороны притязаніе на наслѣдство. Судья пригласилъ въ качествѣ эксперта геолога и поставилъ ему вопросы: гдѣ граница между горой и долиной? Какіе дома надо причислить къ долинѣ и какіе къ горѣ? Экспертъ справился со своей задачей такимъ образомъ, что онъ не ограничился одними указаніями своей науки, онъ рѣшилъ создать искуственную границу и для этого изслѣдовалъ какъ далеко вверхъ шелъ долинный участокъ завѣщателя и какъ далекъ внизъ горный, на сколько вверхъ шли жилища людей, съ которыми завѣщатель ссорился и т. д. Такимъ образомъ всѣ дома были разсмотрѣны и отнесены одни къ категоріи имѣющихъ право на наслѣдство, другіе къ категоріи неимѣющихъ. Проигравшіе процессъ возмутились и доказывали черезъ своихъ адвокатовъ, какая невѣрная наука геологія и какъ въ частности легкомысленъ данный экспертъ, который не смогъ даже провести границы между горой и долиной такъ, чтобы всѣ остались довольны.

Къ психіатру постоянно пристаютъ съ требованіемъ дать отвѣтъ на эти нелѣпые вопросы. Объясняется это тѣми послѣдствіями, которыя вытекаютъ изъ этихъ вопросовъ. Въ сущности интересуетъ всѣхъ не вопросъ: здоровъ или боленъ данный человѣкъ, а хотятъ знать, принимать ли его въ серьезъ, нужно ли его помѣстить въ домъ умалишенныхъ, правоспособенъ и вмѣняемъ ли онъ, и т. д. и

для этого имъ собственно нужно имѣть заключеніе „здоровъ или боленъ". Однако это умозаключеніе само по себѣ ложно, не только потому, что есть обширная область, гдѣ вобще непримѣнимы понятія „больной" или „здоровый", но и потому, что есть больные, которыхъ не нужно помѣщать въ больницу, которые могутъ правильно мыслить, которые не неправоспособны, не невмѣняемы. Въ настоящее время удается поставить діагнозъ шизофреніи, прогр. паралича задолго до того, какъ этотъ діагнозъ долженъ повлечь за собою соціальныя послѣдствія, и съ дальнѣйшимъ усовершенствованіемъ діагностическихъ пріемовъ число такихъ случаевъ будетъ все увеличиваться. Съ другой стороны, психопатъ, не душевнобольной, можетъ иногда для даннаго момента настолько потерять соображеніе, что его нельзя признать будетъ ни правоспособнымъ, ни вмѣняемымъ. Въ предѣлахъ пограничной области мы принуждены часто руководиться внѣшними обстоятельствами: одна и та же степень слабоумія можетъ не повредить поденщику, и можетъ сдѣлать неправоспособнымъ наслѣдника большого предпріятія (см. судебномедицинскій отдѣлъ).

Итакъ, мы употребляемъ выраженія „больной", „здоровъ" только примѣнительно къ ясно выраженнымъ случаямъ, а въ остальныхъ случаяхъ лишь поскольку въ этомъ будемъ крайняя необходимость. При уклоненіяхъ отъ нормы вродѣ дебильности или психопатіи мы въ качествѣ критерія для опредѣленія границы здоровья беремъ степень умѣнія справиться съ данными обстоятельствами и обстановкой; но разъ только будетъ доказано несомнѣнная наличность пріобрѣтенной болѣзни, хотя бы съ ничтожными и относительно легкими симптомами, мы будемъ говорить, что имѣется „болѣзнь въ медицинскомъ смыслѣ"; вопросъ же о томъ, какія изъ этого вытекаютъ послѣдствія, требуетъ отдѣльнаго обсужденія, при чемъ нужно учесть всѣ обстоятельства дѣла.

Многихъ людей живо интересуетъ вопросъ, является ли геніальность болѣзнью? Ломброзо рѣшительно сталъ на эту точку зрѣнія, другіе съ негодованіемъ это отвергли. Дѣло обстоитъ приблизительно слѣдующимъ образомъ: 1. Геніальность есть такое же уклоненіе отъ нормы, какъ и всѣ остальныя; само собою понятно, что она встрѣчается гораздо рѣже остальныхъ нежелательныхъ уклоненій; ибо чтобы сдѣлать человѣка непригоднымъ достаточно небольшихъ дефектовъ въ его укладѣ, геніемъ же становится только тотъ, у котораго особенно высоко развитъ цѣлый рядъ качествъ. Геній можетъ столь же мало происходить отъ такого же генія, какъ и выдающійся экземпляръ персика, который садовникъ выростилъ случайно какъ единичное отклоненіе отъ нормы не происходитъ отъ такого же экземпляра. 2. Тенденція къ отклоненію обыкновенно касается всего организма. Каждое домашнее животное или растеніе, въ которомъ выращено какое либо спеціальное качество, легко отклоняется отъ нормы въ другихъ отношеніяхъ. Люди съ аномаліями психики имѣютъ (въ среднемъ) много физическихъ „признаковъ вырожденія", при аномаліяхъ тѣла встрѣчается (въ среднемъ) много психическихъ дефектовъ. Поэтому, мы и при аберраціи въ сторону геніальности находимъ сравнительно часто и другія аномаліи, уже большею частью отрицательнаго свойства (чувствительность, нервозность и т. д.). 3. Существуетъ кромѣ того связь между геніальностью и душевной ненормальностью: средній нормальный филистеръ приспособленъ къ той обстановкѣ, для которой онъ рожденъ, и сохраняетъ равновѣсіе при небольшихъ колебаніяхъ, не сознавая этого и не думая объ этомъ.

Психопатъ уже не можетъ такъ приспособиться: на возникающія затрудненія онъ реагируетъ или уклончиво (ищетъ убѣжища въ истеріи и неврастеніи или создаетъ себѣ воображаемый міръ путемъ бреда преслѣдованія и величія) или аггрессивно, пытаясь приспособить внѣшній міръ къ себѣ; временами встрѣчается то и другое вмѣстѣ. Кто желаетъ видѣть міръ другимъ, тотъ долженъ объ этомъ думать, долженъ стремиться къ открытіямъ, соціальнымъ улучшеніямъ и т. д. Если онъ обладаетъ достаточнымъ интеллектомъ, ему можетъ очень пригодиться легкость отклоненія отъ привычныхъ путей, она ему поможетъ найти новое. Часто приспособляемость натыкается на внутреннія затрудненія, отдѣльныя стремленія не могутъ быть согласованы, появляется расколъ. Такіе люди примиряютъ противорѣчія путемъ аутистическаго мышленія или создаютъ себѣ удовлетвореніе во внѣ: если они достаточно въ остальномъ вооружены отъ природы, они становятся поэтами, художниками. Это не случайность, поэтому, что знаменитые люди происходятъ такъ часто отъ родителей рѣзко между собою различающихся: склонности каждаго изъ нихъ не объединяются въ одно цѣлое въ психикѣ потомства, но всю жизнь тянутъ въ разныя стороны. Поэты и музыканты должны обладать болѣе тонкими чувствами, что въ повседневной жизни является помѣхой и доходитъ чуть ли не до степени болѣзни.

Нѣкоторыя душевныя разстройства почему то не причисляются къ психозамъ, хотя въ сущности это ихъ настоящее мѣсто. Таковы душевныя болѣзни при опухоляхъ мозга, склерозахъ мозга и другихъ грубыхъ его пораженіяхъ; ихъ считаютъ побочными симптомами, такъ же какъ и при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ. Съ медицинской точки зрѣнія существеннымъ является основная болѣзнь, а съ соціальной точки зрѣнія эти душевныя разстройства не играютъ роли въ виду ихъ небольшой продолжительности, развѣ только какъ разъ къ этому періоду прійдется какое нибудь юридическое дѣло.

Аналогичное положеніе занимаютъ такъ называемые „неврозы". Въ сущности это душевныя болѣзни. Подъ именемъ „большихъ неврозовъ" раньше объединяли въ одну группу истерію и эпилепсію. Послѣдняя въ настоящее время уже признана мозговой болѣзнью, сопровождающейся психическими симптомами (за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ аффективной эпилепсіи). Остальные неврозы теперь стали называть „психоневрозами"; названіе это раньце имѣло другое значеніе, теперь оно должно показать, что хотя болѣзни эти происхожденія психическаго, но въ соціальномъ отношеніи они приравниваются къ прежнимъ неврозамъ. Большею частью этихъ больныхъ можно лѣчить въ открытыхъ учрежденіяхъ, ихъ правоспособность и вмѣняемость страдаетъ гораздо меньше, чѣмъ у настоящихъ душевнобольныхъ. Профанъ считаетъ невротиковъ душевноздоровыми, ибо онъ не можетъ уразумѣть связи симптомовъ съ психикой ни въ ихъ причинномъ соотношеніи, ни въ ихъ дѣйствіи; въ свою очередь и врачъ долженъ ихъ обособить отъ „психозовъ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова", такъ какъ *опредѣленіе душевной болѣзни для практическихъ потребностей совершается по признакамъ соціальнымъ, а не медицинскимъ.* Въ виду этого психіатрія постольку занимается психоневрозами, поскольку они ведутъ къ тяжелымъ душевнымъ разстройствамъ или поскольку это нужно для отграниченія отъ другихъ психозовъ. Бываютъ тѣмъ не менѣе исключенія, Kraepelin особенно отступаетъ отъ этого usus'а. И въ этой книгѣ даны нѣкоторыя указанія объ этихъ болѣзняхъ, однако указанія эти ни въ какомъ отношеніи не претендуютъ на полноту.

G. Дѣленіе душевныхъ болѣзней.

Психозы можно разсматривать съ различныхъ точекъ зрѣнія и все же съ большой пользой для дѣла. Однако еще очень немногія изъ этихъ точекъ зрѣнія могутъ служить основой для дѣленія психозовъ на естественныя болѣзненныя формы.

Часть психозовъ оказывается болѣзненной реакціей на аффективное событіе, буйство въ тюрмѣ есть реакція на заключеніе, истерическое сумеречное состояніе—реакція на отказъ любимаго человѣка (реактивные психозы, психозы обстановки [ситуаціи]). Въ другихъ случаяхъ въ мозгу имѣется процессъ, вызывающій болѣзнь (психозы процесса, прогрессивные психозы[1]). Однако на этомъ нельзя строить дѣленія психозовъ, такъ какъ обѣ симптоматологіи часто смѣшиваются.

Тѣ же различія выражаются словами: „органическій“[2]) и „психогенный“. Къ органическимъ психозамъ естественно причисляются и токсическія на почвѣ разстройствъ обмѣна веществъ, гормоновъ, инфекцій, отравленій въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова. Для многихъ неясно понятіе „психогенное“. Говорятъ обыкновенно, что и психогенныя явленія должны „конечно“ имѣть анатомическую подкладку, хотятъ даже признать, что въ основѣ истерическаго паралича руки тоже лежитъ анатомическое измѣненіе. Это невѣрно; истерическій параличъ какъ таковой имѣетъ субстраты, которые сами по себѣ не патологичны; однако въ основѣ истерическаго предрасположенія должна лежать нервная система, устроенная въ анатомо-химическомъ отношеніи по иному, чѣмъ въ случаяхъ нормальнаго склада. Двери и окна въ домѣ существуютъ для того, чтобы ихъ можно было закрывать или держать открытыми. Открыты ли они или нѣтъ, это все равно, домъ отъ этого не страдаетъ; нѣчто похожее на анатомическія измѣненія получится только тогда, если двери и окна закрываются и открываются слишкомъ легко или слишкомъ трудно, если есть проказникъ, который устраиваетъ такъ, чтобы двери и окна ходили или слишкомъ туго или слишкомъ легко, или который ихъ запираетъ, когда они должны быть открытыми, и открываетъ, когда нужно, чтобы они были заперты.

Были попытки выдѣленія нѣкоторыхъ группъ или даже отдѣльныхъ болѣзней по возрастному признаку: однако попытки эти только частично обоснованы. Что подразумѣвается подъ именемъ дѣтскіе или старческіе психозы, понятно само собою. (Относительно особыхъ болѣзней инволюціоннаго періода см. отдѣлъ VIII частной психіатріи) Долгое время признавали особый психозъ половою созрѣванія; однако таковою психоза не существуетъ, это была главнымъ образомъ шизофренія.

Прежде дѣлили душевныя болѣзни по ихъ внѣшнимъ проявленіямъ: возникло понятіе маніи для случаевъ буйства и безпокойства, меланхоліи — для грусти и заторможенія, параноіи для заблужденій мысли, слабоумія — для убожества мысли. Все же различіе между врожденными и пріобрѣтенными формами существовало давно

---

[1]) Подробнѣе см. у Jaspers. Случай и психозъ при dementia praecox Zeitschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Origin. XIV, стр. 158.

[2]) Слово „органическій“ обозначаетъ здѣсь болѣе широкое понятіе, чѣмъ въ выраженіи „органическіе психозы“, послѣднее я — чтобы не создавать новыхъ терминовъ — употребляю для обозначенія психозовъ, основанныхъ на диффузной потерѣ мозговыхъ элементовъ.

Пробовали пользоваться психологическимъ принципомъ: разстройства аффектовъ, разума, влеченій; пришлось однако убѣдиться, что и тутъ сваливаютъ въ одну кучу много разнородныхъ вещей, напр. острую параною и хроническую.

Нѣтъ недостатка и въ попыткахъ другого рода. Ziehen различаетъ напр. психозы безъ интеллектуальныхъ дефектовъ и дефективные психозы. Различіе это потому еще не выдерживаетъ критики, что психозъ безъ интеллектуальнаго дефекта создаетъ этотъ дефектъ вторично, съ чѣмъ соглашается и самъ Ziehen. Однако и помимо того, нельзя же сваливать въ одну кучу идіотизмъ, прогр. параличъ и шизофренію. Тотъ же авторъ различаетъ психозы простые и сложные, глядя по тому, состоитъ ли болѣзнь изъ одного или нѣсколькихъ „психопатическихъ состояній". Трудность состоитъ въ томъ, что мы не имѣемъ критеріевъ для опредѣленія, что нужно понимать подъ единымъ психопатическимъ состояніемъ. Дѣленіе это во всякомъ случаѣ не нужно, ибо для какой надобности нужно принципіально отдѣлять прогр. параличъ, въ которомъ чередуются маніакальныя и меланхолическія состоянія, отъ чисто маніакальной формы.

Пробовали также положить въ основу причины, и дѣлили психозы на алкогольные, инфекціонные, травматическіе. Принципъ этотъ нельзя провести послѣдоватезьно, ибо однѣ и тѣ же причины часто вызываютъ различныя болѣзни (сифилитическій параноидъ и прогр. параличъ, алкогольное помѣшательство и алкогольная Корсаковская болѣзнь), и наоборотъ одна и та же болѣзнь можетъ быть вызвана различными причинами (Корсаковская болѣзнь на почвѣ алкоголя и окиси углерода). Въ настоящее время не нужно особенно доказывать, что и причинное понятіе не особенно опредѣленно само по себѣ.

Школа Kraepelin'a особенно выдвигаетъ на первый планъ теченіе болѣзни, одинаковый исходъ долженъ служить моментомъ объединяющимъ различныя картины болѣзни. Такимъ путемъ были созданы двѣ группы болѣзней (а не двѣ болѣзни), представляющія и въ другихъ отношеніяхъ опредѣленныя единицы, каковыми онѣ и останутся для насъ: dementia praecox и маніакально-депрессивный психозъ. Все же, основывать дѣленіе болѣзней только на теченіи ихъ — невозможно.

Послѣдніе годы наши знанія сильно подвинулись впередъ благодаря анатомическимъ изслѣдованіямъ; такъ напр. выдѣлены: точно очерченная картина dementia paralytica, различныя старческія формы, многія болѣзни, клинически протекающія подъ видомъ эпилепсіи.

Приходится въ психіатріи, подобно соматической патологіи, примѣнять параллельно различные принципы дѣленія: благодаря заслугамъ Kraepelin'a мы въ теченіе двухъ десятилѣтій пришли къ точкѣ зрѣнія, которая насъ въ значительной мѣрѣ можетъ удовлетворить: правда, намъ еще много нужно знать, чтобы болѣе ясно во всемъ разобраться, еще много есть безъ сомнѣнія болѣзней, которыхъ мы не знаемъ, однако въ сравненіи съ абсолютной безпомощностью прежнихъ лѣтъ мы имѣемъ теперь точку зрѣнія, которая даетъ возможность постоянно расширять почву подъ ногами.

Въ виду этого я въ существенныхъ чертахъ слѣдую дѣленію Kraepelin'a; оно хотя и не вездѣ принято, но понимаютъ его почти повсюду; между тѣмъ другія всѣ схемы примѣнимы только для

опредѣленныхъ школъ. Только въ нѣсколькихъ мѣстахъ я принужденъ былъ сдѣлать небольшія, несущественныя уклоненія для того, чтобы мнѣ не пришлось говорить то, чему я не вѣрю.

Н. Распознаваніе помѣшательства.

Въ дѣлѣ распознаванія помѣшательства вообще врядъ ли возможно въ теченіе однократнаго изслѣдованія нарисовать полную картину болѣзни или слѣдовать какой либо общей схемѣ[1]; такъ какъ въ такомъ случаѣ дѣло безконечно затянется и больного будемъ зря мучить или раздражать. Затѣмъ, только въ исключительныхъ случаяхъ имѣетъ смыслъ, держаться опредѣленнаго порядка въ изслѣдованіи. Если больной чѣмъ либо проявитъ, что онъ галлюцинируетъ, предпочтительно сейчасъ же пойти по горячему слѣду. Часто приходится удовлетвориться констатированіемъ нѣсколькихъ главныхъ симптомовъ, а изъ остальныхъ выяснить только необходимые и то, насколько обстоятельства позволяютъ.

Однако не нужно въ этомъ отношеніи слишкомъ скромничать: чѣмъ больше мы знаемъ, тѣмъ вѣрнѣе діагнозъ и тѣмъ планомѣрнѣе терапія. Человѣческая психика слишкомъ сложна; то, что въ данную минуту кажется вѣрнымъ симптомомъ опредѣленной душевной болѣзни, нерѣдко, по ознакомленіи со всѣми обстоятельствами дѣла, получаетъ совершенно другое объясненіе. Часто бываетъ совершенно достаточно поставить общій діагнозъ наличія душевной болѣзни, не опредѣляя точно форму, такъ приходится дѣлать, когда необходимо быстро помѣстить въ больницу больного возбужденнаго, или аггрессивнаго, или съ отказомъ отъ пищи или покушеніемъ на убійство. Всегда нужно имѣть ввиду, что можетъ еще понадобиться изслѣдованіе неврологическое, офтальмоскопическое или вообще соматическое.

Общее изслѣдованіе, съ ногъ до головы, какъ это дѣлаютъ при соматическихъ болѣзняхъ, бываетъ невозможно; ничего не остается, какъ сейчасъ же когда васъ зовутъ къ больному подумать о тѣхъ болѣзняхъ, при которыхъ встрѣчаются симптомы, изъ за которыхъ васъ позвали или которые вы замѣтили, и затѣмъ начать искать дальнѣйшіе симптомы этихъ болѣзней. Если первое предположеніе не оправдывается, нужно подумать о другихъ возможностяхъ. Для этого необходимо твердо знать симптоматологію наиболѣе важныхъ по крайней мѣрѣ болѣзней.

---

[1]) Существуютъ схемы для изслѣдованія, онѣ естественно должны учесть все и поэтому указываютъ множество точекъ зрѣнія. Вообще говоря начинающему не вредно разокъ проштудировать какъ слѣдуетъ эти схемы и запомнить все, на что при случаѣ можно обратить вниманіе. Однако во время изслѣдованія нужно умѣть выбрать то, что нужно для даннаго случая: это важно не только для больного, но еще больше въ интересахъ врача, ибо иначе онъ рискуетъ прозѣвать самое главное. Такого рода изслѣдованіе болѣе важныхъ симптомовъ съ ихъ теоретическими и практическими соотношеніями, не такъ просто втиснуть въ рамки схемы; оно поэтому занимаетъ въ схемахъ слишкомъ мало мѣста въ сравненіи съ остальной мелочью.

Черезвычайно важно, какъ спрашивать больного. Не надо, если только это вообще возможно, больного раздражать, пока вы не узнали отъ него все, что нужно; лучше сначала пріобрѣсти его довѣріе — но конечно ничего не наврать. Не слѣгуетъ предпринимать изслѣдованіе подъ ложной личиной. Если больной не говоритъ, нельзя къ нему пристать съ требованіемъ отвѣта; нужно взяться за физическое изслѣдованіе, между прочимъ можно какъ бы случайно задать вопросъ, на который легко отвѣтить: болитъ? или что нибудь въ этомъ родѣ, чтобы такимъ образомъ заставить больного говорить. Многое изъ психической и соматической сферы можно видѣть незамѣтно для больного; нужно пріучится замѣчать реакцію зрачковъ во время простого разговора; надо постоянно имѣть въ виду, въ какомъ видѣ вся обстановка представляется больному; одинъ и тотъ же вопросъ можетъ быть очень хорошимъ и можетъ испортить весь ходъ изслѣдованія въ зависимости отъ того, въ какой обстановкѣ онъ заданъ, съ предисловіемъ или безъ него. Сколько будетъ дважды два? иногда очень подходящій вопросъ, а иногда онъ можетъ больного навести на мысль, не сошелъ ли врачъ съ ума. Одно дѣло изслѣдовать болевую чувствительность булавкой, когда больной отвлеченъ чѣмъ либо, или когда ему предварительно объяснили въ чемъ суть, и совсѣмъ другое получится, если ринуться на больного съ инструментомъ и т. д. Коротко говоря, нуженъ нѣкоторый навыкъ и прежде всего врожденный тактъ и пониманіе обстановки со всѣми ея послѣдствіями, иначе не помогутъ никакія самыя подробныя указанія, наоборотъ они могутъ быть прямо вредными, отвлекая врача отъ сути дѣла.

Не надо забывать, что изслѣдованіе больного на клинической демонстраціи, когда больного знаешь и когда вся обстановка многое облегчаетъ, это совсѣмъ не то, что изслѣдовать больного первый разъ. Тутъ надо быть гораздо болѣе осторожнымъ.

Само собою понятно, что при малѣйшей возможности надо стараться получить хорошій анамнезъ. Если удается собрать его раньше, это чрезвычайно сокращаетъ процедуру изслѣдованія, такъ какъ во многихъ случаяхъ, достаточно, чтобы больной подтвердилъ наиболѣе важныя данныя анамнеза и діагнозъ готовъ. Однако не нужно лѣниться и послѣ изслѣдованія собрать или дополнить анамнезъ, только тогда можно себѣ отдать во всемъ ясный отчетъ. Не слѣдуетъ при этомъ быть слишкомъ довѣрчивымъ. Всякій анамнезъ одностороненъ; всегда много сочиняется вольно или невольно, съ дурными или съ добрыми намѣреніями, въ худую или въ хорошую сторону. Особенно осторожно нужно отнестись къ анамнезу, полученному отъ самого больного, хотя при правильномъ использованіи такой анамнезъ часто противъ воли больного совершенно выясняетъ діагнозъ.

Совсѣмъ другое дѣло — въ противоположность однократному изслѣдованію — полное всестороннее изслѣдованіе, какое требуется для экспертизы, а также наблюденіе. Для перваго нужно использовать всѣ вспомогательныя средства, которыми располагаетъ клиника, а иногда и разныхъ спеціалистовъ (по глазамъ,

ушамъ, спиномозговая жидкость и т. п.). Технику этого дѣла нужно изучать въ клиникахъ или по подробнымъ руководствамъ, примѣнять ее можно тоже только въ больничныхъ учрежденіяхъ.

Изслѣдованіе интеллекта см. въ главѣ отъ олигофреніяхъ.

Не нужно упускать изъ виду необходимости тщательнаго физическаго и особенно неврологическаго изслѣдованія во всѣхъ случаяхъ, когда больной поступаетъ къ вамъ на лѣченіе, и когда случай не совсѣмъ ясенъ.

Душевнобольные очень напрягаютъ мышцы и вообще ихъ движенія нескладны; поэтому колѣнные рефлексы лучше изслѣдовать у нихъ не при закинутой одна на другую ногѣ, а при выдвинутыхъ и поставленныхъ всей стопой на полу ногахъ. Если рефлексы не получаются такъ, иногда помогаетъ пріемъ Buzzard'а: въ вышеописанномъ положеніи больной долженъ поднять пятку, при чемъ носокъ остается на полу.

Начинающій часто дѣлаетъ ошибки при изслѣдованіи зрачковыхъ рефлексовъ. Для избѣжанія ошибокъ существуетъ масса правилъ, но очень противорѣчивыхъ; помогаетъ дѣлу клиника, собственный здоровый смыслъ и приспособленіе къ данному случаю.

Относительно изслѣдованія спинномозговой жидкости см. въ главѣ объ органическихъ психозахъ (VI и VII).

Техникѣ психическаго изслѣдованія можно научиться только въ клиникѣ. Нужно присмотрѣться и знать, что такое задержка, что такое напряженная мимика; кто полагается на одни теоретическія описанія, тотъ будетъ безпомощенъ или будетъ совершать грубѣйшія ошибки. Большинство психическихъ симптомовъ это нормальные механизмы въ увеличенномъ видѣ; нужно не только ихъ видѣть, но и опредѣлить ихъ степень; нельзя изъ книжки узнать, патологичны ли данный аффективный ступоръ, или задержка или разстройство рѣчи; еще меньше можно такимъ путемъ узнать, патогномониченъ ли этотъ симптомъ для опредѣленной болѣзни. Клиника должна научить относиться къ описаніямъ въ книгахъ съ необходимымъ granum salis. Слово въ силахъ только выхватить изъ безконечнаго многообразія психическихъ явленій опредѣленную типичную facies; только наглядно можно познать, насколько такой примѣръ поддается обобщенію.

Относительно остальныхъ функцій нужно имѣть ввиду слѣдующее:

Сохранена ли оріентировка у больного, видно безъ особыхъ изслѣдованій. Въ случаѣ надобности, нѣсколько вопросовъ легко выясняютъ положеніе.

Обманы чувствъ замѣчаетъ уже обыкновенная публика по какому либо противорѣчію съ данными обычнаго опыта, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ приходится изслѣдовать реальность воспріятій. Многія галлюцинаціи можно узнать потому, что больной не въ состояніи описать ихъ такъ же детально, какъ дѣйствительныя воспріятія. Какъ и въ снахъ больные галлюцинируютъ то, что ихъ

близко касается; они могутъ видѣть одну часть тѣла, всего же человѣка они скорѣе себѣ представляютъ, а не воспринимаютъ; говоря о голосахъ, больные могутъ передать только общій смыслъ; галлюцинирующій не можетъ точно повторить, какое именно слово онъ слышалъ, а если онъ и дѣлаетъ это, то при многократномъ повтореніи самъ себѣ противорѣчитъ. Если тщательно разспросить, окажется, что обманы чувствъ кажутся больному картинами, внутренними голосами т. п. въ отличіе отъ истинныхъ воспріятій. Однако бываетъ много исключеній; особенно галлюцинаци при бѣлой горячкѣ отличаются детальной разработкой.

Если прямо спросить про галлюцинаціи, больные ихъ часто ложно отрицаютъ (задержка, отрицаніе); больныхъ, которыхъ еще не знаешь, лучше окольными путями разспросить (какъ вы спите? не мѣшаетъ ли вамъ кто нибудь? очень ли обращаютъ вниманіе на все ваши сосѣди? и т. д.)

То же относится и къ бредовымъ идеямъ. Если ихъ содержаніе не явно невѣрно, нужно провѣрить степень ихъ объективности. Однако это не все и собственно говоря даже не въ этомъ суть. И обыкновенное невѣрное умозаключеніе ошибочно, и бредовая идея можетъ случайно соотвѣтствовать дѣйствительности. Не очень нужно, добиваться знать, имѣетъ ли обыкновенныя основанія бредъ ревности, важно субъективное обоснованіе больного. Неважно, измѣнила ли ему жена въ дѣйствительности или нѣтъ; но мы должны признать наличіе бредовой идеи, если больной основываетъ свое убѣжденіе на такихъ фактахъ, что постель жены была разъ особенно нагрѣта, что одинъ и тотъ же мужчина попался ей два раза на пути, когда она вышла изъ дому, что у нея было испуганное выраженіе лица, когда больной невзначай вернулся домой.

Попутно конечно изслѣдуется и воспріятіе. Видно сразу, хорошо ли больной слышитъ и видитъ. Нужно замѣтить, быстро ли понимаетъ больной вопросы, нужно ли повторять ему одно и то же нѣсколько разъ и почему. Оптическое пониманіе попутно изслѣдуется во время чтенія; особенно удобны спеціальныя не слишкомъ большія картинки[1]), ихъ то закрываютъ то открываютъ быстро; нужно только точно знать, чего можно требовать отъ нормальнаго человѣка.

Спеціальное изслѣдованіе ассоціацій въ большинствѣ случаевъ ненужно; всякій разговоръ, особенно если дать больному разговориться, есть своего рода изслѣдованіе ассоціацій. Легкія степени скачки идей можно выявить, если вызвать больного на разговоръ о томъ, что его интересуетъ. Для производства ассоціаціоныхъ эксперииентовъ — въ большинствѣ случаевъ они ненужны — необходимъ спеціальный навыкъ.

Каково состояніе памяти можно видѣть уже, собирая анамнезъ отъ самого больного; цѣлый рядъ вопросовъ можно такъ поставить, чтобы они попутно выясняли и состояніе этой функціи. Память того, что происходитъ во время этого разговора (способность

---

[1]) Напр. Meggendorfer, Lothar, Nimm mich mit! Ein lehrreiches Bilderbuch (книжка съ картинками). Braun & Schneider, München.

запоминанія), изслѣдуется тѣмъ, что черезъ нѣкоторое время больного спрашиваютъ, о чемъ говорилось вначалѣ, еще лучше заставить повторить задачи на счетъ, которыя были заданы раньше. Что касается отдѣльныхъ 4- и 6-значныхъ чиселъ или необыкновенныхъ словъ, то и со здоровыми бываетъ, особенно при волненіи, что они ихъ не сразу повторяютъ. Всегда нужно убѣдиться, что больной воспринялъ вопросъ и до извѣстной степени его понялъ.

Рѣдко когда приходится непосредственно изслѣдовать состояніе аффективности; видно и такъ, какъ больной реагируетъ: все же надо дать ему случай показать, какъ онъ реагируетъ на существенное и неважное, дать ему обнаружить неустойчивость аффектовъ и т. п.

Если желательно для изслѣдованій разныхъ функцій дать больному прочесть и разсказать, то лучше всего согласно нашему опыту подходятъ для этой цѣли нижеслѣдующіе разсказы, очевидно потому, что они содержатъ повторенія. Первый полегче, послѣдній потруднѣе и посложнѣе.

Оселъ нагруженный солью[1]).

Оселъ, нагруженный солью, долженъ былъ перейти черезъ рѣку. Онъ упалъ и такъ какъ вода была прохладна онъ съ удовольствіемъ разлегся на нѣсколько минутъ. Когда онъ всталъ, онъ почувствовалъ, что его ноша стала легче, такъ какъ соль растаяла въ водѣ. Длинноухій запомнилъ, что это было ему выгодно, и использовалъ это на слѣдующій же день, когда ему пришлось опять переходить черезъ ту же рѣчку, имѣя на себѣ грузъ губокъ.

На этотъ разъ онъ упалъ нарочно, но тутъ ему пришлось испытать горькое разочаровеніе, потому что губки впитали въ себя много воды и стали значительно тяжелѣе.

Ноша стала такъ тяжела, что онъ подъ нею свалился.

Не для всѣхъ случаевъ годится одно и то же средство.

Нептунъ и поденщикъ.

Поденщикъ работалъ возлѣ рѣки. По оплошности, онъ уронилъ топоръ въ рѣку; рѣка была такъ глубока, что онъ не могъ его достать: тогда онъ сѣлъ на берегу и сталъ жаловаться рѣчному богу на свою бѣду.

Нептунъ сжалился надъ горемъ человѣка, нырнулъ внизъ и досталъ оттуда золотой топоръ. „Твой это топоръ?“ спросилъ онъ поденщика. „Нѣтъ“ честно отвѣтилъ тотъ. Вдругъ Нептунъ нырнулъ опять и появился передъ дровосѣкомъ съ серебрянымъ топоромъ въ рукахъ. Однако и на этотъ топоръ поденщикъ не заявилъ притязанія. Третій разъ нырнулъ богъ и принесъ желѣзный топоръ на деревянномъ топорищѣ. „Вотъ онъ, этотъ самый и есть, этотъ я потерялъ“ радостно воскликнулъ поденщикъ. „Я хотѣлъ тебя только испытать“, отвѣтилъ Нептунъ, „я радъ, что ты оказался столь же честенъ, какъ и бѣденъ! Возьми всѣ три топора, я тебѣ ихъ дарю“.

Эту исторію честный поденщикъ разсказалъ многимъ знакомымъ. Одному изъ нихъ захотѣлось злоупотребить добротой Нептуна; для этого онъ нарочно кинулъ свой топоръ въ рѣку. Какъ только онъ началъ жаловаться рѣчному богу на свою бѣду, тотъ появился съ золотымъ топоромъ въ рукахъ. „Тотъ ли это топоръ, который ты потерялъ въ рѣкѣ?“ спросилъ богъ человѣка. Тотъ поспѣшилъ сказать: „да это онъ и есть“ и хотѣлъ его схватить. Однако Нептунъ обозвалъ его безстыднымъ лгуномъ, желающимъ даже бога провести, и ушелъ отъ него. Съ нимъ исчезъ и золотой топоръ, и человѣку этому пришлось вернуться домой, оставшись и безъ своего желѣзнаго топора.

Честность лучше всего.

---

[1]) Zweigle, Сто басенъ Эзопа. Nitschke, Stuttgart.

Продѣлка скряги.

Жители Куфы славились среди арабовъ своей скупостью. Одинъ изъ нихъ прослышалъ, что въ Басорѣ живетъ скряга, къ которому другіе скупцы могли бы въ ученики поступить: онъ рѣшилъ пойти туда, чтобы поучиться у этого скряги. Прійдя къ нему, онъ откровенно изложилъ ему цѣль своего посѣщенія. „Добро пожаловать“ сказалъ ему житель Басоры, „пойдемъ на базаръ покупки дѣлать“.

Они пошли къ пекарю. „Есть у тебя хорошій хлѣбъ?“ „къ вашимъ услугамъ, господа, хлѣбъ свѣженькій и бѣлъ, какъ масло“. „Видишь“, сказалъ басарскій скупецъ тому что изъ Куфы, „видно масло лучше хлѣба, если хлѣбъ сравниваютъ съ масломъ: лучше купимъ масла“.

Они пошли къ торговцу масломъ и спросили, есть ли у него хорошее масло. Къ вашимъ услугамъ, масло свѣженькое, сладкое, какъ масличный елей“. — „Слышишь“, сказалъ гостепріимный хозяинъ, - „самое лучшее масло сравниваютъ съ елеемъ, значитъ онъ лучше“.

Пошли они къ торговцу елеемъ. „Есть у тебя хорошій елей?“ „Самый лучшій, свѣтлый и прозрачный, какъ вода!“ „Гого!“, сказалъ басорскій скупецъ тому, что изъ Куфы, „видно вода лучше всего! У меня дома цѣлая бочка полна воды стоитъ, я дамъ тебѣ изъ нея сколько хочешь“.

И дѣйствительно, онъ своему гостю ничего, кромѣ воды не предложилъ, такъ какъ вода лучше елея, елей лучше масла а масло лучше хлѣба. „Хорошо“, сказалъ скупецъ изъ Куфы, „я не напрасно сюда ѣхалъ, я многому научился“

Судить о вниманіи и способности запоминанія и регистраціи можно иногда такимъ образомъ: послѣ того, какъ больной посидитъ въ незнакомой ему комнатѣ, ему велятъ закрыть глаза и сказать, какіе предметы находятся въ комнатѣ.

Всегда слѣдуетъ выяснить себѣ отношеніе больного къ изслѣдованію. Иногда больные дѣлаютъ ошибки не потому что не умѣютъ, а вслѣдствіе аффективнаго ступора, равнодушія, негативизма и злонамѣренности. „Экзаменное смущеніе“ характеризуется отвѣтами, въ которыхъ матеріалъ разговора перепутывается, напр. при счетѣ цыфры изъ задачи переставляются въ отвѣтъ и т. д.

Вообще, ни при діагнозѣ, ни при общемъ сужденіи о больномъ не слѣдуетъ никогда упускать изъ виду совокупности объективныхъ и субъективныхъ обстоятельствъ. Въ сложной игрѣ психическихъ явленій одни и тѣ же явленія въ зависимости отъ обстоятельствъ пріобрѣтаютъ разное значеніе. Нелѣпыя бредовыя идеи являются признакомъ слабоумія для сознательнаго душевно больного, но не для олигофреника и не для больного въ бреду. Тѣлесныя галлюцинаціи только тогда съ несомнѣнностью указываютъ на шизофренію, когда онѣ появляются при ясномъ сознаніи. Въ острыхъ состояніяхъ кататоническіе симптомы мало омрачаютъ прогностику, въ хроническихъ они пріобрѣтаютъ значеніе сквернаго признака. „Застывшій“ аффектъ можетъ быть ступоромъ отъ изслѣдованія или шизофреніей. У впечатлительнаго больного негативизмъ можетъ произойти какъ результатъ обращенія врача или вообще всей обстановки. Если больной находится въ бредовомъ состояніи и мало доступенъ, онъ обычно шизофреникъ или же онъ страдаетъ эпилептиформными припадками. Въ видѣ исключенія такое поведеніе можетъ быть симптомомъ легкаго бредового состоянія.

Одинъ больноїі въ теченіе трехъ дней, пока у него была типичная во всемъ остальномъ алкогольная горячка, поворачивался къ намъ спиной, не отвѣчалъ вовсе или давалъ короткіе, уклончивые отвѣты. Это былъ типъ бродяги, въ общемъ очень веселаго, однако нѣсколько разъ изъ за пустяковъ онъ уже подвергался заключенію, считалъ это большой несправедливостью, особенно былъ возмущенъ помѣщеніемъ въ больницу, тѣмъ болѣе, что его туда залучили обманомъ. Такъ какъ горячка у него была несильная, онъ все это сознавалъ, и этимъ онъ впослѣдствіи объяснилъ свою реакцію.

Нѣкоторые психическіе симптомы наблюдаются при болѣзняхъ, которыхъ мы здѣсь не описываемъ (лихорадка, травмы, болѣзни сердца, урэмія, эклампсія и т. д.). Гораздо важнѣе слѣдующее: никогда не слѣдуетъ полагать, что въ данный моментъ важнѣйшіе симптомы болѣзни должны быть всѣ налицо, нельзя думать напримѣръ: я не вижу разстройства аффекта, слѣдовательно это не шизофренія. Даже при ясно выраженномъ психозѣ можно иногда временно не обнаружить ничего болѣзненнаго. Отрицательный результатъ изслѣдованія безъ продолжительнаго наблюденія никогда не можетъ служить доказательствомъ здоровья, онъ доказываетъ только отсутствіе признаковъ болѣзни.

Симуляція и диссимуляція. Симуляція помѣшательства встрѣчается далеко не такъ часто, какъ думаетъ публика. Люди, могущіе до нѣкоторой степени искусно симулировать душевную болѣзнь, почти всѣ психопаты, а отчасти настоящіе душевнобольные. Доказанная симуляція сама по себѣ еще нисколько не доказываетъ, что испытуемый душевно здоровъ и вмѣняемъ. Рѣшить вопросъ о наличіи симуляціи можно, большею частью, на основаніи наличія или отсутствія симптомовъ, не могущихъ быть симулированными. Для лицъ, не имѣющихъ продолжительнаго опыта въ заведеніяхъ для душевнобольныхъ, послѣдовательное симулированіе не слишкомъ бѣдной симптомами картины болѣзни тоже не такъ просто. Если обманъ не обнаруживается сразу, нужно для „разоблаченія“ требовать больничнаго наблюденія.

Доказательствомъ симуляціи служатъ также непослѣдовательность, безсмысленныя преувеличенія, разыгрываніе картины болѣзни, существующей только въ фантазіи публики (имѣть въ виду возможность безсознательной симуляціи въ Ganser'ѣ, шутовской синдромъ, пуэрилизмъ и т. д.). Жалобы на безсонницу можно провѣрить въ наблюдательной палатѣ. Возбужденіе, требующее затраты силъ, трудно долго разыгрывать въ виду утомленія; когда симулянтъ бьется въ судорогахъ или такъ, онъ явно себя щадитъ и т. д. Симулянту можно даже подсказать, что не хватаетъ того или другого симптома, относящагося къ болѣзни, и онъ поспѣшитъ дополнить имъ картину. Все вышесказанное должно служить только нѣкоторымъ указаніемъ. Всѣ детали трудно описать. Нужно перебрать всю симптоматологію съ этой точки зрѣнія. Важнѣе всего очень тщательное, по возможности непрерывное днемъ и ночью наблюденіе; съ одной стороны, оно утомляетъ симулянта, съ

другой стороны оно довольно скоро даетъ массу доказательствъ задуманнаго обмана. Часто можно по первому взгляду заподозрить симуляцію, когда вновь доставленный больной разыгрываетъ возбужденіе и спутанность и въ то же время старается глазами быстро оріентироваться и тщательно слѣдить за всѣмъ, что дѣлается кругомъ.

Успѣшно симулировать удается только при большомъ больничномъ опытѣ и инстиктивномъ сживаніи съ ролью.

Гораздо труднѣе судить, если у предрасположенныхъ къ болѣзни или совсѣмъ больныхъ людей имѣются лишь преувеличенія. Границы между сознательной симуляціей и болѣзнью нѣтъ здѣсь, такъ же, какъ ея нѣтъ тамъ, гдѣ вся роль играется, безсознательно напр. при Ganser'овскомъ синдромѣ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, поэтому, бываетъ трудно рѣшить, какую часть „симуляціи" отнести на счетъ сознательнаго обмана и какая часть заимствуется на почвѣ болѣзни изъ сферы безсознательнаго.

Диссимуляція душевной болѣзни встрѣчается чаще, чѣмъ притворство. Меланхоликъ прикидывается выздоровѣвшимъ, чтобы покончить самоубійствомъ; другіе больные это дѣлаютъ, чтобы получить свободу дѣйствій, чтобы имѣть возможность привести въ исполненіе свои планы и т. д. Съ точки зрѣнія больного эта диссимуляція представляетъ только скрываніе мыслей и симптомовъ, про которые онъ знаетъ, что другіе люди считаютъ ихъ проявленіемъ болѣзни. Самъ то онъ не считаетъ себя больнымъ.

I. Дифференціальная діагностика.

При дифференціальной діагностикѣ психозовъ нужно имѣть въ виду, что одни и тѣ же состоянія и синдромы могутъ встрѣчаться при разныхъ болѣзняхъ; поэтому нужно всегда искать сопутствующіе специфическіе симптомы и специфическіе нюансы этихъ синдромовъ. Слѣдующія болѣзни не имѣютъ специфическихъ симптомовъ; діагнозъ ихъ ставится (если не на основаніи теченія) только путемъ тщательнаго исключенія другихъ болѣзней („отрицательный діагнозъ"): маніакально-депрессивный психозъ, параноя, истерія, навязчивый неврозъ, психопатіи. Не знаемъ мы также специфическихъ симптомовъ для аменціи, урэміи и другихъ болѣе рѣдкихъ болѣзней.

Какъ и при тѣлесныхъ болѣзняхъ, можетъ быть одновременно нѣсколько психозовъ (комбинированные психозы). На почвѣ олигофреніи можетъ развиться пріобрѣтенная болѣзнь; къ шизофреніи можетъ присоединиться прогр. параличъ или dementia senilis; алкоголизмъ нерѣдко особенно у женщинъ является симптомомъ другой болѣзни, напр. шизофреніи; за бѣлой горячкой часто кроется прогр. параличъ или другая органическая болѣзнь.

Не слѣдуетъ ожидать при дифференціальной діагностикѣ, что въ каждый данный моментъ можно будетъ найти всѣ отличительные признаки, но даже и въ такомъ случаѣ надо почти всѣ симптомы оцѣнивать примѣнительно къ общей психической обстановкѣ. Въ

психикѣ кроется столько возможностей; иногда благодаря случайной констелляціи симптомъ, считающійся специфическимъ для одной болѣзни, можетъ быть имитированъ другой. Да и рѣчь наша слишкомъ бѣдна по сравненію съ богатствомъ явленій, приходится разныя явленія называть одними и тѣми же или похожими именами: такъ напр. суетливость бываетъ совершенно разная при маніи, пресбіофреніи, прогр. параличѣ, при другихъ органическихъ деліріяхъ и при delirium tremens; краткими названіями не выразить этихъ отличій[1]. Кто увлекается діагностическими терминами и не обращаетъ вниманія на констелляціи и нюансы, тотъ будетъ ежеминутно ошибаться. Краткія дифференціально-діагностическія схемы могутъ только ввести въ заблужденіе начинающаго, діагностическія указанія въ частномъ отдѣлѣ этой книги не претендуютъ на полноту, они только стремятся выдѣлить то, что можетъ быть не было въ симптоматологіи спеціально оттѣнено въ діагностическомъ отношеній. Все, что существенно для діагноза, должно быть почерпнуто въ знаніи самой болѣзни. Нижеслѣдующія указанія могутъ быть использованы тоже только въ вышеуказанномъ смыслѣ.

Сопоставленіе отдѣльныхъ симптомовъ въ ихъ дифференціально-діагностическомъ значеніи.

Разстройства воспріятія.

Воспріятіе чувствъ замедляется и извращается при органическихъ психозахъ и приблизительно въ такомъ же, но все же не въ идентичномъ смыслѣ и при эпилепсіи; при алкоголизмѣ оно неправильно, но не замедлено, по крайней мѣрѣ, когда изслѣдуется безъ аппаратовъ.

При идіотіи и ея формахъ страдаетъ осмышленіе комбинированныхъ впечатлѣній; больные видятъ и охватываютъ детали, но не могутъ переработать ихъ въ цѣльную картину. Иногда они не понимаютъ самыхъ простыхъ картинокъ, даже не понимаютъ перспективы.

Иллюзіи въ собственномъ смыслѣ слова наблюдаются вездѣ, особенно онѣ выступаютъ на первый планъ въ случаяхъ неяснаго сознанія.

Изъ галлюцинацій особенно выдѣляются зрительныя при разстройствахъ сознанія (бредъ, сумеречныя состоянія); при ясномъ сознаніи онѣ рѣдки.

При хроническихъ состояніяхъ шизофреніи, протекающихъ при ясномъ сознаніи, особенно выступаютъ слуховыя и тѣлесныя галлюцинаціи. Въ вышеуказанномъ сочетаніи послѣднія особенно характерны для этой болѣзни. Обонятельныя и вкусовыя галлюцинаціи и иллюзіи встрѣчаются главнымъ образомъ при шизофреніи, но также и при delirium tremens и въ различныхъ сумеречныхъ состояніяхъ.

---

[1]) И при нѣкоторыхъ сумеречныхъ состояніяхъ и при эретической идіотіи бываютъ синдромы, которые можно было бы назвать суетливостью.

Для delirium tremens характерны осязательныя галлюцинаціи, затѣмъ массовыя зрительныя, онѣ множественны, подвижны, большею частью безцвѣтны, и рисуютъ мелкіе или уменьшенные предметы, главнымъ образомъ животныхъ. Кромѣ этихъ видѣній больной также осязаетъ и видитъ нитевидные предметы, проволоки, канаты, слизистыя нити, струи воды. Слуховыя галлюцинаціи при delirium tremens особенно часто носятъ музыкальный характеръ, который въ другихъ случаяхъ рѣдко встрѣчается. Если на первый планъ выступаютъ словесныя слуховыя галлюцинаціи, мы имѣемъ дѣло съ осложненіемъ, главнымъ образомъ съ шизофреніей или алкогольнымъ бредомъ.

Если слуховыя галлюцинаціи имѣютъ связный драматическій характеръ и говорятъ о больномъ въ третьемъ лицѣ, это съ большой вѣроятностью говоритъ за злоупотребленіе алкоголемъ и встрѣчается при остромъ алкогольномъ бредѣ и у шизофрениковъ-алкоголиковъ.

Микроскопическія, уменьшенныя зрительныя и осязательныя галлюцинаціи наблюдаются при кокаинизмѣ.

Прн маніакально-депрессивномъ психозѣ и при органическихъ психозахъ изъ галлюцинацій обычно бываютъ зрительныя и слуховыя. У органиковъ онѣ бываютъ днемъ чаще, чѣмъ ночью.

Сами по себѣ слуховыя и зрительныя галлюцинаціи не имѣютъ никакого значенія, ихъ можно наблюдать при всякихъ болѣзняхъ.

Разстройства ассоціацій.

Скачка идей наблюдается въ маніакальныхъ состояніяхъ разнаго рода, затѣмъ иногда при истощеніи, а больше почти нигдѣ: такъ, ее крайне рѣдко можно видѣть во время эпилептическихъ возбужденій.

Ассоціативное заторможеніе, замедленіе и трудность оторваться отъ печальной темы, доходящая до монидеизма, является частнымъ симптомомъ депрессивныхъ состояній разнаго рода. Затрудненіе мышленія наблюдается также при разныхъ другихъ болѣзняхъ (мозговое давленіе, органическая инертность, отравленія).

У шизофрениковъ мы находимъ задержки, въ менѣе рѣзкомъ видѣ онѣ встрѣчаются и въ нормѣ а также при истеріи: затѣмъ у нихъ часто разрываются всѣ вмѣстѣ или въ отдѣльности тѣ пути, по которымъ проходятъ ассоціаіи, благодаря чему получаются причудливыя или просто безсвязныя цѣпи идей.

У эпилептиковъ ходъ мыслей замедленъ, нерѣшителенъ; содержаніе мыслей суживается вокругъ Ego; имѣется наклонность къ аффективнымъ ассоціаціямъ, заключающимъ въ себѣ оцѣнку, къ персевераціямъ, тавтологіямъ, вообще къ обстоятельности; больныхъ не собьешь съ ихъ темы, пока они ее не разберутъ во всѣхъ направленіяхъ.

У органиковъ тоже имѣется наклонность къ персевераціи, а часто и замедленіе всѣхъ реакцій. Болѣе важное значеніе имѣетъ ограниченіе количества возможныхъ одновременно представленій. Особенно легко выпадаютъ представленія, противорѣчащія актуаль-

нымъ стремленіямъ, что больше всего характеризуетъ органическое слабоуміе.

У идіотовъ объемъ ассоціацій тоже ограниченъ, но тутъ выпадаютъ сложныя ассоціаціи, (которыя даются только путемъ болѣе высокой психической дѣятельности), и затѣмъ необычныя. Все простое, чувственно наглядное, повседневное доступно мышленію идіотовъ.

У параноиковъ, а въ извѣстномъ смыслѣ также и у истеричныхъ однѣ ассоціаціи облегчаются, другія затормаживаются, въ зависимости отъ того, гармонируютъ ли онѣ со стремленіями, вплетенными въ болѣзнь или нѣтъ. За этимъ исключеніемъ мы здѣсь другихъ разстройствъ ассоціацій не находимъ.

Разстройства оріентировки.

Оріентировка во времени и пространствѣ разстраивается въ далеко зашедшихъ случаяхъ органическихъ душевныхъ болѣзней, затѣмъ въ бредовыхъ и сумеречныхъ состояніяхъ всякаго рода. Въ шизофреническихъ сумеречныхъ состояніяхъ правильная оріентировка можетъ уживаться рядомъ съ ложной. Остальные больные знаютъ, гдѣ они находятся и знаютъ время, если только случайныя обстоятельства не извращаютъ имъ этихъ представленій.

Оріентировка въ общемъ положеніи конечно неправильна, если время и мѣсто плохо регистрируются больнымъ; кромѣ того она разстраивается, если сужденіе затруднено, или на почвѣ бредовыхъ идей или другихъ аномалій.

Автопсихическая оріентировка, иначе говоря, личность и ея отношенія къ семьѣ, дѣлу, жилищу и т. д. нарушается при прогр. параличѣ и въ сноподобныхъ сумеречныхъ состояніяхъ. Поразительно, что она бываетъ сохранена въ тяжелѣйшихъ случаяхъ delirium tremens, въ то время какъ сознательный повидимому паралитикъ и также шизофреникъ съ легкостью объявляетъ себя императоромъ или святымъ.

Разстройства памяти.

При хроническомъ алкоголизмѣ память становится неточной; нерѣдки кататимическія иллюзіи памяти, которыя по содержанію стоятъ какъ будто близко къ дѣйствительности. Къ этому присоединяется въ случаяхъ dementia alcoholico-senilica и при Корсаковской болѣзни органическое разстройство памяти. Послѣ delirium tremens больные вспоминаютъ болѣзнь неточно и неполно, послѣ остраго алкогольнаго помѣшательства все помнится хорошо. Послѣ патологическаго опьяненія большею частью развивается амнезія. Наклонность къ фантастическимъ разсказамъ доходитъ при delirium tremens до конфабуляцій.

Память при болѣзняхъ органической группы характеризуется тѣмъ, что особенно или даже исключительно страдаютъ болѣе свѣжія воспоминанія. Пробѣлъ памяти часто заполняется провоцированными или произвольными конфабуляціями. Послѣ бредовыхъ состояній, спутанности, даже просто послѣ возбужденія нерѣдко развивается амнезія.

Память шизофреника сохраняетъ всѣ переживанія; однако въ нужный моментъ больной можетъ потерять власть надъ своими энграммами вслѣдствіе задержекъ и другихъ аффективныхъ вліяній. Память шизофреника воспроизводитъ незначительныя детали лучше здороваго, такъ какъ въ нѣкоторыхъ хроническихъ стадіяхъ переработка воспріятій отсутствуетъ. Часто встрѣчаются галлюцинаціи памяти и кататимическія иллюзіи. Амнезіи, несмотря на частоту бредовыхъ и сумеречныхъ состояній, встрѣчаются довольно рѣдко, еще рѣже бываютъ полныя амнезіи.

При эпилепсіи память ухудшается, но не систематически. Амнезія послѣ сумеречныхъ состояній, полная или частичная, наблюдается какъ правило.

При истеріи память иногда рѣзко мѣняется сообразно съ аффективными потребностями момента. Обычно послѣ сумеречныхъ состояній развивается полная амнезія, однако ее легко устранить внушеніемъ.

У параноиковъ иллюзіи памяти наряду съ болѣзненнымъ отнесеніемъ всего къ собственной личности составляютъ главную основу бредовыхъ идей.

Состояніе памяти у олигофрениковъ бываетъ разное. Конечно ceteris paribus больные хуже фиксируютъ непонятое, а эти больные какъ разъ понимаютъ плохо то, что здоровому кажется интереснымъ;. наряду съ этимъ можно наблюдать поразительно хорошую репродукцію непереработаннаго матеріала.

Въ меланхолическомъ состояніи больные тщательно ищутъ въ своемъ прошломъ грѣховъ; небольшіе проступки они превращаютъ въ непростительныя преступленія; за отсутствіемъ такихъ проступковъ, больные создаютъ ихъ путемъ своего рода галлюцинацій или иллюзій памяти.

Въ теченіи, а еще больше послѣ маніакальныхъ состояній больные легко оправдываютъ свое болѣзненное поведеніе путемъ перетасовки воспоминаній и сваливаютъ вину на другихъ. Послѣ (рѣдко встрѣчающейся) спутанности со скачкой идей больной вспоминаетъ все очень неполно.

Амнезій нужно ждать послѣ разстройствъ сознанія и преходящихъ психозовъ, послѣ истерическихъ и эпилептическихъ припадковъ и сумеречныхъ состояній, послѣ спутанности разнаго рода, отравленій, особенно послѣ опьяненія. Послѣ подобныхъ же шизофреническихъ состояній (сумеречныя состоянія, галлюцинаторныя состоянія со сноподобными переживаніями) выпаденіе памяти наблюдается не всегда и то не въ полномъ видѣ.

Амнезіи содержанія, затрагивающія событія въ данный моментъ непріятныя, часто встрѣчаются при шизофреніи и истеріи.

Разстройства аффективности.

Аффективность неустойчива у органиковъ, при алкоголизмѣ, при истеріи, въ болѣе позднихъ промежуточныхъ стадіяхъ многихъ маніакально-депрессивныхъ случаевъ.

Острыя перемѣщенія аффективной установки (измѣненія настроенія) въ смыслѣ маніакальныхъ или меланхолическихъ приступовъ мы видимъ при алкоголизмѣ (въ видѣ не

особенно частой алкогольной меланхоліи), при органическихъ психозахъ, при шизофреніи (очень часто), при эпилепсіи (очень непродолжительно: часто бываютъ раздражительныя настроенія), при истеріи, у психопатовъ всякаго рода (особенно у циклотимиковъ), у олигофрениковъ (обычно короткія раздражительныя настроенія).

Органики: неустойчивость имѣется постоянно, въ видѣ добавочнаго симптома наблюдаются измѣненія настроенія, при прогр. параличѣ маніакальное, при старческихъ формахъ меланхолическое. При Корсаковской болѣзни алкогольнаго происхожденія наблюдается кромѣ лябильности эйфорія въ качествѣ основного настроенія, и только впослѣдствіи она уступаетъ мѣсто раздражительности и чувству обиды.

Въ тяжелыхъ случаяхъ шизофреніи аффекты почти отсутствуютъ, въ болѣе легкихъ аффективныя реакціи то отсутствуютъ, то нѣтъ: если онѣ имѣются, онѣ принимаютъ характеръ чего то застывшаго. Часто аффективныя реакціи отсутствуютъ какъ разъ при важныхъ событіяхъ, а на мелочи реакція нормальна. Во многихь случаяхъ долгое время наблюдается въ качествѣ единственной реакціи раздражительность, доходящая до необузданной ярости; въ легкихъ случаяхъ раздражительность представляетъ единственный замѣтный симптомъ. Нерѣдко наблюдается паратимія и парамимія. Нигдѣ такъ ярко не выступаетъ амбивалентность, какъ при шизофреніи. Кромѣ того наблюдаются меланхолическія и маніакальныя колебанія аффекта.

У эпилептиковъ аффекты легко возбудимы, быстро доходятъ до ненормальной высоты, но продолжаются ненормально долго. При этомъ они умѣренны, не очень тонки. Почти во всѣхъ случаяхъ бываютъ измѣненія настроенія съ характеромъ раздражительности, депрессіи или эйфоріи.

У маніякально-депрессивныхъ часто наблюдается въ промежуткахъ между маніякальными и меланхолическими приступами неустойчивость аффектовъ или длительная ихъ установка въ смыслѣ легкаго маніякальнаго или меланхолическаго настроенія.

При истеріи мы видимъ легкую возбудимость и быстрое наростаніе аффектовъ; реакціи на одни тѣ же явленія могутъ быть качественно и количественно очень различны въ зависимости отъ случайной „установки".

При паранoѣ аффектъ соотвѣтствуетъ содержанію реальныхъ или бредовыхъ представленій. Аффективныя аномаліи, лежащія въ корнѣ болѣзни, мы еще пока не можемъ точнѣе описать.

Олигофреники бываютъ возбужденные и торпидные, коротко говоря, мы и тутъ видимъ всѣ тѣ различія, только въ болѣе широкихъ предѣлахъ, которыя мы наблюдаемъ у здоровыхъ и у психопатовъ. Кромѣ того, во многихъ случаяхъ наблюдаются колебанія настроенія, какъ у эпилептиковъ.

При всѣхъ формахъ слабоумія можно наблюдать наклонность къ ярости.

Нѣкоторые особенные синдромы.

Ступорозныя состоянія чаще всего встрѣчаются при шизофреніи, затѣмъ при эпилепсіи, истеріи, кромѣ того въ мелан-

холическихъ состояніяхъ, въ смѣшанныхъ состояніяхъ маніякально-депрессивнаго психоза и при прогр. параличѣ.

Сумеречныя состоянія мы видимъ при эпилепсіи, истеріи и шизофреніи, изрѣдка при маніякально-депрессивномъ психозѣ, затѣмъ при разныхъ отравленіяхъ (патологическое опьянѣніе!), въ состояніи обыкновеннаго сна (хожденіе во снѣ и т. д.), послѣ сотрясеній мозга, послѣ повѣшенія, при мигрени, а у психопатовъ даже въ видѣ состояній возбужденія чисто аффективнаго происхожденія (буйство въ тюрьмѣ, fugues и т. д.).

Кататониформные симптомы. Симптомы, которые по ихъ виду приходится назвать кататоническими, наблюдаются кромѣ шизофреніи еще при органическихъ психозахъ; каталепсія нерѣдко встрѣчается при эпилепсіи, наблюдалась будто бы также въ истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ, при олигофреніи и маніакально-депрессивномъ психозѣ. Симптомъ, который приходится назвать эхоляліей несмотря на совсѣмъ другой генезъ, встрѣчается кромѣ шизофреніи и органическихъ психозовъ (очень рѣдко) также при эпилепсіи, истеріи, олигофреніи.

Эпилептиформные припадки наблюдаются кромѣ эпилепсіи также при шизофреніи, прогр. параличѣ, алкоголизмѣ съ delirium tremens включительно, у психопатовъ въ качествѣ аффективной эпилепсіи, а внѣ психопатіи при всѣхъ грубыхъ заболѣваніяхъ мозга, при урэміи и при эклямпсіи.

Припадки, похожіе на „паралитическіе“, наблюдаются при всѣхъ грубыхъ пораженіяхъ мозга, особенно когда задѣта кора.

Навязчивыя представленія и импульсы мы видимъ при навязчивомъ неврозѣ и психозѣ, которые считаются самостоятельными болѣзнями; кромѣ того довольно часто при шизофреніи, и еще, хотя довольно рѣдко, въ различныхъ депрессивныхъ состояніяхъ.

Урэмія можетъ дать картину, какъ физическихъ, такъ и психическихъ симптомовъ органической болѣзни мозга и эпилепсіи. **Эклямпсія** тоже бываетъ иногда такъ похожа на эпилепсію, что ихъ можно смѣшать.

K. Причины душевныхъ болѣзней.

I. Врожденное предрасположеніе. Давно уже извѣстно, что въ однѣхъ семьяхъ душевныя болѣзни наблюдаются часто, въ другихъ ихъ совсѣмъ нѣтъ, и что въ семьяхъ, гдѣ водятся душевно больные, не заболѣвшіе члены семьи представляютъ очень часто извѣстныя отклоненія, идущія тоже по линіи болѣзни. Правда, рѣдко можно видѣть семьи, гдѣ совсѣмъ нѣтъ душевнобольныхъ, гораздо чаще мы видимъ семьи, гдѣ заболѣваютъ только немногіе члены. Тѣмъ не менѣе семейное предрасположеніе несомнѣнно является однимъ изъ важнѣйшихъ условій возникновенія душевныхъ

болѣзней [1]). Конечно, предрасположеніе можетъ само по себѣ и не проявиться въ видѣ болѣзни, даже если оно несомнѣнно перешло на даннаго индивидуума и обнаружилось у него небольшими отклоненіями отъ нормы и тѣмъ, что передалось потомству. Нужно или допустить, что существуютъ различныя степени предрасположенія или предположить, что оно не у всѣхъ „развивается" до степени болѣзни, или же принять оба эти предположенія. Кромѣ того, мы должны допустить существованіе такихъ предрасположеній, которыя сами по себѣ не болѣзненны, но являются необходимыми или благопріятствующими моментами при возникновеніи экзогенныхъ болѣзней: не всякій пьющій становится „психическимъ" алкоголикомъ и не всякій сифилитикъ паралитикомъ: однако извѣстныя психическія особенности, которыя мы видимъ у будущихъ алкоголиковъ и паралитиковъ и въ ихъ семьяхъ, указываютъ, что унаслѣдованные факторы играютъ роль и при экзогенныхъ болѣзняхъ.

Раньше, пока еще не было извѣстно естественное разграниченіе душевныхъ болѣзней, по необходимости допускали общее невро- и психопатическое семейное предрасположеніе, проявляющееся въ самыхъ различныхъ нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ и психическихъ особенностяхъ, хотя и тогда не могли не замѣтить извѣстной однородности въ проявленіяхъ болѣзней въ предѣлахъ отдѣльныхъ семей. Но съ тѣхъ поръ какъ Kräpelin научилъ насъ различать нѣкоторыя естественныя группы, оказалось, что существуетъ „однородная" наслѣдственность, т. е. специфическое предрасположеніе къ опредѣленнымъ болѣзнямъ или группамъ болѣзней, изъ которыхъ назовемъ генуинную эпилепсію, шизофренію, маніакально-депрессивныя разстройства. Однако мы только начинаемъ разбираться, въ чемъ тутъ дѣло, и еще далеки отъ возможности привести факты въ какую либо систему. Даже большія группы болѣзней (генуинная эпилепсія, шизофренія и маніакально-депрессивный психозъ) недостаточно отграничены вовнѣ, а ихъ болѣе легкія (или не выявленныя) формы мы зачисляемъ въ ряды психопатій, неврозовъ или странностей характера; между тѣмъ внутри этихъ группъ несомнѣнно должны существовать еще отдѣльныя наслѣдственныя единицы въ большомъ количествѣ: отчасти это будутъ самостоятельныя болѣзненныя единицы, которыя мы включаемъ въ большія группы только на основаніи извѣстнаго взаимнаго сходства, отчасти это будутъ семейные оттѣнки опредѣленной нозологической единицы, допускающей большія колебанія. Доказала же Dr. Minkowska (въ неопубликованной еще работѣ) на основаніи изслѣдованія нѣсколькихъ сотъ членовъ семей, что болѣзнь, по своимъ проявленіямъ представлявшая „смѣсь" или „переходъ" отъ шизофреніи къ маніакально депрессивному психозу, въ сущности была самостоятельной единицей, которая передавалась по наслѣдству со всѣми своими особенностями.

---

[1]) Выдающаяся роль предрасположенія особенно ясно обнаруживается въ случаяхъ психозовъ близнецовъ, тутъ иногда оба близнеца заболѣваютъ въ одно и то же время и съ одинаковыми симптомами, даже въ томъ случаѣ, если они живутъ раздѣльно.

Не въ этомъ одномъ конечно заключается трудность. Родъ, состоящій изъ однихъ идіотовъ, не можетъ существовать, такъ какъ онъ не способенъ къ размноженію. Тѣмъ не менѣе существуютъ многія формы наслѣдственной идіотіи (я имѣю въ виду только тѣ, которыя обусловлены семейнымъ предрасположеніемъ, а не тѣ, которыя произошли отъ болѣзней): напр. большинство членовъ семьи здоровы, единичныя личности идіоты, или: большинство страдаетъ другими особенностями и болѣзнями и только нѣкоторыя идіоты, или: большинство обладаютъ слабымъ умомъ и идіоты въ семьѣ представляютъ только высшую степень семейнаго предрасположенія и т. д.

Послѣднее время были сдѣланы попытки примѣнить принципы менделизма къ наслѣдственнымъ душевнымъ болѣзнямъ и доказать, что онѣ передаются по наслѣдству подобно рецессивнымъ типамъ по Mendel'ю. Однако практическія и теоретическія трудности слишкомъ велики, и поэтому пока еще невозможно прійти къ опредѣленнымъ практическимъ выводамъ. Мы еще очень далеки отъ пониманія сути дѣла. Болѣзненныя предрасположенія имѣютъ такое безконечное множество оттѣнковъ — отъ еле замѣтныхъ особенностей характера до ясно выраженнаго психоза — что трудно предположить, чтобы предрасположеніе къ психозу а тѣмъ паче сама болѣзнь могла быть отдѣльнымъ признакомъ, который можетъ только цѣликомъ проявиться или отсутствовать; скорѣе нужно признать, что мы пока еще не можемъ обойтись безъ гипотезы объ извѣстномъ механизмѣ, который приходится пока называть „промежуточной наслѣдственностью.“ [1]) Кромѣ того, изслѣдованіе этихъ соотношеній въ высокой степени затрудняется небольшимъ количествомъ дѣтей у человѣка и продолжительностью жизни каждаго поколѣнія.

Кромѣ этого постояннаго семейнаго предрасположенія существуетъ еще понятіе „дегенераціи“ (вырожденія). Слово это обозначаетъ очень разныя и очень неясныя понятія, однако это обстоятельство доходитъ до сознанія у очень немногихъ, такъ что они объ этомъ вовсе не упоминаютъ, и просто путаютъ всѣ эти понятія: одно у нихъ незамѣтно переходитъ въ другое, или же они внезапно вмѣсто одного понятія вставляютъ другое. Всѣ эти понятія можно свести въ 4 категоріи, изъ нихъ двѣ семейныя и двѣ индивидуальныя:

1. Предполагаютъ, что семьи на протяженіи различныхъ поколѣній постепенно приходятъ въ упадокъ, становятся малогодными, производятъ тяжелыя формы душевныхъ болѣзней и въ концѣ концовъ вымираютъ. Morel даже думалъ, что это явленіе подчиняется извѣстной закономѣрности, позволяющей указать опредѣленныя болѣзни для каждаго изъ четырехъ послѣднихъ поколѣній, послѣднимъ этапомъ должна была быть идіотія, при которой семья вымираетъ. Въ дѣйствительности, этой закономѣрности не существуетъ, и мы ничего толкомъ не знаемъ ни про вырожденіе, ни про возрожденіе; кромѣ того ясныя и для опредѣленныхъ соотношеній установленныя идеи менделизма стоятъ въ рѣзкомъ, до сихъ поръ еще непримиримомъ противорѣчіи съ вышеприведенными воззрѣніями.

2. Вмѣстѣ съ тѣмъ съ давнихъ поръ установилось обыкновеніе называть (безотносительно къ тому, прогрессивно ли предрасположеніе) вырождающимися семьи, гдѣ часто наблюдаются душевныя заболѣванія, особенно если и здоровые члены семьи проявляютъ странныя особенности.

---

[1]) Bleuler Менделизмъ въ психозахъ особенно при шизофреніи. Schweiz. Arch. f. Neurologie u. Psychiatrie Bd. I. Zürich 1917.

3. Примѣнительно къ этому понятію называютъ „дегенеративными“ конституціональныя особенности отдѣльныхъ лицъ, причемъ хотятъ себя увѣрить, что это представляетъ какъ будто опредѣленное понятіе. Однако, этимъ именемъ называютъ всевозможныя отклоненія отъ нормы во всевозможныхъ направленіяхъ, поскольку они не входятъ въ какую либо изъ извѣстныхъ уже болѣзней. Вырождающимися въ этомъ смыслѣ являются всѣ обремененныя (наслѣдственностью) семьи и отдѣльные ихъ (ненормальные) представители.

(Понятіе дегенераціи по Magnan'у представляетъ комбинацію 1. и 2. пунктовъ).

4. Существуютъ затѣмъ дегенеративные психозы, которые въ свою очередь распадаются на двѣ группы: a) одни обнаруживаютъ признаки, приведенные подъ 1. и 2, кромѣ того они вытекаютъ изъ ненормальной конституціи, или по крайней мѣрѣ о нихъ существуетъ такое допущеніе (параноя, періодическія формы“), затѣмъ при нихъ ясно наблюдаются тяжелыя странности характера въ качествѣ причинъ или въ качествѣ явленія сопутствующаго собственно болѣзни (дегенеративныя истеріи); b) болѣзни, имѣющія наклонность вырождаться въ слабоуміе (по нашему тѣ шизофреніи, которыя дѣйствительно переходятъ въ слабоуміе).

Съ такимъ понятіемъ дегенераціи и его обозначеніемъ не стоитъ оперировать.

Раса играетъ роль, какъ въ происхожденіи, такъ и въ формѣ проявленія болѣзни, хотя мы еще очень мало знаемъ объ этомъ. Душевнобольныхъ вообще больше у современныхъ культурныхъ расъ: однако еще не выяснено, больше ли ихъ возникаетъ или только ихъ больше остается жить, затѣмъ неизвѣстно, какое участіе въ этомъ явленіи принимаетъ нарушеніе естественнаго отбора. Нѣкоторыя племена (сѣверо-африканцы, абиссинцы, югославяне, турки, австралійскіе негры) въ высокой степени иммунны противъ прогр. паралича, хотя сифилисъ у нихъ часто встрѣчается: наши предки 4 поколѣнія тому назадъ тоже были иммунны, а съ другой стороны, японцы, не столь близкіе намъ, теперь такъ же „парализуются“, какъ и мы. Разная степень злоупотребленія алкоголемъ не объясняетъ всѣхъ этихъ различій. Dementia praecox, эпилепсія а также разныя формы идіотіи встрѣчаются у низшихъ расъ такъ же, какъ и у насъ, хотя первая принимаетъ у нихъ какъ будто другія формы. Kräpelin нашелъ, что у малайцевъ не встрѣчается кататоническая форма: я констатировалъ то же самое у негровъ и индѣйцевъ, по крайней мѣрѣ, насколько это касается явно кататоническихъ проявленій, которыя можно замѣтить при простомъ посѣщеніи больницъ и путемъ бесѣдъ съ врачебнымъ и надзирательскимъ персоналомъ. И самоубійство у нихъ почти не встрѣчается, между тѣмъ какъ германская раса и преимущественно саксонцы особенно часто страдаютъ влеченіемъ къ самоубійству. Про евреевъ говорятъ, что они особенно предрасположены къ душевнымъ болѣзнямъ, главнымъ образомъ къ маніакально-депрессивному психозу и психоневрозамъ: одинъ очень опытный старый психіатръ выразился про нихъ, что они не заболѣвали прогр. параличемъ, пока не „переняли христіан-

скихъ нравовъ и христіанскаго шампанскаго"; вообще отграничить вліяніе расы отъ вліянія образа жизни resp. культуры очень трудно (см. ниже объ американскихъ неграхъ).

II. **Бластофорія.** Повидимому, и при здоровомъ складѣ родителей зародышъ можетъ настолько пострадать въ своемъ развитіи, что потомство выходитъ душевно-больное. Это явленіе приписываютъ воздѣйствію ослабляющихъ болѣзней, ядовъ (алкоголь!) и инфекцій. Говоря объ инфекціяхъ, т. е. главнымъ образомъ о сифилисѣ, нужно однако имѣть въ виду, что очень трудно отличить поврежденіе зародыша отъ перенесенія болѣзни на ребенка. Въ этой области мы вообще имѣемъ много предположеній и очень мало несомнѣнныхъ фактовъ.

III. **Зародышевое смѣшеніе.** Попадаются случаи, гдѣ неподходящее смѣшеніе здоровыхъ зародышевыхъ началъ („вражда зародышей") даетъ въ результатѣ болѣзнь (какая нибудь супружеская пара производитъ только микроцефаловъ, между тѣмъ каждый изъ супруговъ въ отдѣльности производитъ съ другими здоровыхъ дѣтей). Затѣмъ, насколько мы знаемъ, рѣзкія различія въ складѣ характера родителей сказываются на дѣтяхъ въ видѣ извѣстной неровности; правда въ отдѣльныхъ случаяхъ она составляетъ основу и причину крупныхъ достиженій, особенно художественныхъ, обычно однако она представляетъ очень непріятное, легко переходящее въ неврозъ, приложеніе къ жизни. Еще худшіе результаты даетъ смѣшеніе расъ, даже близкостоящихъ; съ другой стороны, однако, вест-индскіе негры, въ которыхъ очень явственно еще видна кровь бѣлыхъ, представляютъ — при поверхностномъ по крайней мѣрѣ взглядѣ — столь жизнерадостное, свободное отъ чувства отвѣтственности, общество, что поневолѣ задаешь себѣ вопросъ, не мы ли являемся неудачной разновидностью человѣческаго рода.

Много опасеній внушаетъ также близкое родство родителей (Inzucht). Оказывается однако, вопреки наблюденіямъ зоотехниковъ, имѣющихъ дѣло съ цѣлымъ рядомъ поколѣній, что у людей не установленъ вредъ отъ браковъ родственниковъ, за исключеніемъ случаевъ, гдѣ общее предрасположеніе къ болѣзни суммитрутся, выражаясь языкомъ публики, или кумулируется въ смыслѣ ученія Mendel'я. Инки, фараоны, птоломеи изъ поколѣнія въ поколѣніе женились на сестрахъ; во всякомъ случаѣ бракъ родственниковъ, происходящихъ изъ здоровой семьи, даетъ дѣтямъ лучшіе шансы, чѣмъ внесеніе въ семью чужой сомнительной или прямо больной крови. Тѣмъ не менѣе все таки, опытъ зоотехники, частота глухонѣмоты и атрофіи зрительнаго нерва въ бракахъ родственниковъ призываютъ къ извѣстной, хотя бы теоретической осторожности.

IV. **Внутриутробныя болѣзни.** Эмбріонъ тоже можетъ пострадать отъ болѣзней матери, недостатка мѣста въ тазу, травмъ, а также отъ внутриматочныхъ заболѣваній, и можетъ родиться вслѣдствіе этого идіотомъ или психопатомъ. Могутъ ли психическія волненія матери повредить плоду, научно еще не выяснено. Во всякомъ случаѣ заботы и другія хроническія измѣненія настроенія могутъ разстроить питаніе плода, затѣмъ плодъ можетъ — via спазмъ маточныхъ сосудовъ — такъ явно ощутить психическій шокъ матери,

что онъ реагируетъ на это дикими движеніями и перемѣнами положенія, причемъ возможны разнаго рода поврежденія.

Категоріи I-IV часто называются „эндогенными причинами". Въ дѣйствительности эндогенна только рубрика I, патологическій складъ зародыша (врожденное предрасположеніе); остальныя экзогенны по крайней мѣрѣ, поскольку это касается семьи, а примѣнительно къ индивидууму можно ихъ звать, какъ кому нравится. — До сихъ поръ въ работахъ о наслѣдственности всѣ четыре категоріи сваливались вмѣстѣ. Въ интересахъ науки очень важно, чтобы этого больше не дѣлали.

Если „отягощенными" считать всѣхъ людей, кровные родственники которыхъ (прародители, родители, дѣти, братья и сестры, братья и сестры родителей) страдали душевными или нервными болѣзнями, пьянствомъ, апоплексіей, странностями характера или покончили собой, то по Diem'у[1]) у здоровыхъ оказывается 67 %, а у душевнобольныхъ, попадающихъ въ больницы, 78% наслѣдственнаго отягощенія. Разница эта становится больше, если учитывать только обремененіе душевными болѣзнями (7 : 38 проц.) или странностями характера (10 : 15 проц.), и еще больше, если принимать въ расчетъ только родителей (прямая наслѣдственность): у здоровыхъ только въ 2 % родители душевнобольны, а у больныхъ въ 18%, затѣмъ странности характера у здоровыхъ 6 %, у больныхъ 13%. Апоплексіи и нервныя болѣзни встрѣчаются въ семьяхъ душевнобольныхъ рѣже, чѣмъ у здоровыхъ[2])

О наслѣдственномъ обремененіи говорится въ настоящее время больше, чѣмъ нужно, хотя въ жизни обыкновенно съ нимъ мало считаются: многіе люди отравляютъ себѣ жизнь постоянными опасеніями, что они изъ за наслѣдственности могутъ заболѣть или уже заболѣли. Между тѣмъ семьи, гдѣ большинство членовъ больны, все же рѣдки. Затѣмъ, возможно извѣстнаго рода возрожденіе, хотя это понятіе еще совсѣмъ не выяснено; главная же разница между семьями, которыя считаются здоровыми и тѣми, которыя считаются больными, не такъ ужъ велика, такъ какъ и въ первыхъ можно найти отклоненія отъ нормы. Не нужно забывать, что многія болѣзни совсѣмъ не имѣютъ значенія для наслѣдственности, напр. большинство пріобрѣтенныхъ формъ идіотіи и прогр. параличъ. Затѣмъ, больной, происходящій изъ семьи въ общемъ здоровой, менѣе опасенъ въ наслѣдственномъ отношеніи, чѣмъ сравнительно здоровый человѣкъ, происходящій изъ тяжело пораженной семьи. Въ первомъ случаѣ заболѣвшій можетъ представлять исключеніе на почвѣ пріобрѣтенной болѣзни, во второмъ, человѣкъ въ видѣ исключенія остался здоровымъ на почвѣ случайной аберраціи вверхъ; и та и другая варіація не являются чистокровными экземплярами. Forel въ вопросѣ о бракѣ съ гигіенической точки зрѣнія такъ опредѣляетъ рискъ: если въ семьѣ

---

[1]) Психоневротическая наслѣдственность душевноздоровыхъ и душевнобольныхъ. Archiv f. Rassen u. Gesellschaftshygiene 1905.

[2]) Въ дѣйствительности разница въ наслѣдственномъ обремененіи немного больше, чѣмъ слѣдуетъ изъ этихъ цифръ; происходитъ это потому, что въ семьяхъ душевно-больныхъ не принимается въ расчетъ самъ объектъ изслѣдованія (probandus), а здоровый пробандъ вообще въ счетъ не идетъ.

попадаются душевнобольные, но она все еще держится на высотѣ, ея нечего опасаться, члены же опускающейся семьи не должны вступать ни въ какіе браки.

V **Экзогенныя** вліянія, поражающія индивидуума, частью создаютъ предрасположеніе, частью вызываютъ взрывъ болѣзни непосредственно (окись углерода), либо играютъ роль повода (психическія причины) или одного изъ условій, необходимыхъ для возникновенія болѣзни (сифилисъ при прогр. параличѣ). Нужно имѣть еще въ виду, что хотя отдѣльныя причины вызываютъ опредѣленныя болѣзни (напр. травматическій неврозъ, алкоголизмъ, прогр. параличъ), однако однѣ и тѣ же (основныя) причины могутъ непосредственно произвести и дать поводъ къ возникновенію разныхъ болѣзней въ зависимости отъ предрасположенія и констелляціи другихъ привходящихъ моментовъ (разные травматическіе неврозы; истеріи и неврастенія при нѣкорыхъ конфликтахъ; различныя алкогольныя формы; одна и та же психическая причина вызываетъ у одного шизофренію, у другого неврозъ, у третьяго маніакальный приступъ). Однако смотря по предрасположенію иногда причина можетъ не играть особой роли (кандидатъ въ шизофреники можетъ стать явнымъ шизофреникомъ и отъ психическаго вліянія и отъ лихорадки; эпилептическое предрасположеніе можетъ перейти въ явную эпилепсію и отъ травмы столько же, сколько и отъ отравленія алкоголемъ). Изъ этихъ примѣровъ видно, что между причинами, непосредственно производящими болѣзни и тѣми, которыя только даютъ поводъ къ ихъ возникновенію, нѣтъ рѣзкой разницы; однако, не надо упускать изъ виду, что если у здороваго возникаетъ неврозъ испуга или отравленіе окисью углерода, это все же явленіе другого порядка, чѣмъ когда психическое вліяніе „проявляетъ" болѣзнь у скрытаго шизофреника или у маніакально-депрессивнаго. Переходныя формы не даютъ провести здѣсь рѣзкой границы. Среди экзогенныхъ причинъ надо упомянуть прекращеніе кормленія (грудью) естественной пищей[1], хотя не мѣшало бы намъ имѣть болѣе опредѣленныя свѣдѣнія по этому вопросу.

Далѣе идутъ всѣ болѣзни, непосредственно поражающія мозгъ, травмы, а въ дѣтствѣ больше всего поліоэнцефалитъ и менингитъ, вызывающіе олигофренію, психопатію, эпилепсію и органическія болѣзни. Склерозы, опухоли и другія заболѣванія мозга вызываютъ иногда болѣзненныя состоянія. Инфекціонныя болѣзни могутъ поразить мозгъ анатомически (сифилисъ мозга, прогр. параличъ, энцефалиты, бѣшенство) или могутъ путемъ интоксикаціи нарушить его функціи (лихорадочный бредъ, формы остраго бреда) или косвенно нарушить его питаніе (сифилитическія заболѣванія сосудовъ). Повидимому инфекціонныя болѣзни могутъ кромѣ лихорадочнаго бреда вызывать толчкообразныя ухудшенія при шизофреніи.

Другія физическія болѣзни (по отношенію къ мозгу ихъ можно называть экзогенными) не рѣдко причиняютъ душевную

---

[1]) Bunge. Возрастающая неспособность женщинъ кормить дѣтей грудью 7-ое изд. Reinhard, Nünchen, 1914.

болѣзнь; раковая дискразія, а можетъ быть и желудочно-кишечныя разстройства могутъ вызвать состоянія спутанности; діабетъ повидимому благопріятствуетъ развитію депрессіи, затѣмъ онъ можетъ путемъ невритическихъ процессовъ въ мозгу дать Корсаковскую болѣзнь и отравленіемъ ацетономъ вызвать бредовыя состоянія (кромѣ того онъ самъ конечно можетъ возникнуть параллельно съ душевной болѣзнью отъ того же органическаго заболѣванія мозга). Пониженная дѣятельность щитовидной железы производитъ миксэдему и кретинизмъ, извѣстная (очень сложная) степень повышенной дѣятельности — Базедовы психозы. И другія кровяныя железы имѣютъ отношеніе къ психикѣ, однако они еще намъ очень мало извѣстны.

Изъ внѣшнихъ **отравленій** нужно особо упомянуть алкоголь, которая является причиной поступленія въ больницу 20—35 проц. мужчинъ и дѣлаетъ внѣ больницы 10 проц. мужчинъ алкоголиками[1], кромѣ того онъ осложняетъ и другіе психозы, благопріятствуетъ ихъ возникновенію или ухудшаетъ ихъ теченіе, особенно эпилепсіи, травматическіе неврозы, прогр. параличъ (о вліяніи на потомство рѣчь была въ отдѣлѣ I). Подобную же роль, но безконечно меньшую въ количественномъ отношеніи, играютъ эѳиръ, опій, морфій, кокаинъ[2]. Изъ другихъ ядовъ назовемъ свинецъ, окись углерода, ядъ пеллагры, эрготинъ. Нѣкоторые хотятъ притянуть къ этому и табакъ, однако повидимому зря. Подобно ядамъ дѣйствуетъ и недостатокъ **витаминовъ** (Beri-Beri).

Изъ другихъ болѣзней упомянемъ болѣзни органовъ чувствъ, особенно слуха, которыя наносятъ вредъ больше психическимъ путемъ (параноидная подозрительность и раздражительность вслѣдствіе ослабленія слуха), затѣмъ болѣзни сердца и сосудовъ, ведущія къ состояніямъ тоски и къ атрофіи мозга, почечныя болѣзни, которыя часто составляютъ основу аменціи.

Истощеніе[3] тоже какъ будто можетъ быть причиной душевныхъ болѣзней; во всякомъ случаѣ въ послѣдней стадіи **голода** наблюдается бредъ. Я не думаю, чтобы столь часто упоминаемое **переутомленіе** могло причинить душевную болѣзнь; обычно имъ для приличія прикрываютъ незнаніе причины (вѣдь хорошій врачъ работаетъ гораздо больше тѣхъ людей, которые лѣчатся у него отъ переутомленія). Скорѣе психозы могутъ быть обусловлены врожденной „болѣзненной истощаемостью". Больше всего однако аффективныя трудности „съѣдаютъ нервную силу", или же подкрадывающаяся шизофренія даетъ больному обманчивое впечатлѣніе утомленія или переутомленія. Изъ десяти тысячъ плѣнныхъ сербовъ, которые всѣ были въ самомъ плачевномъ состояніи максимальнаго перенапряженія и недостаточнаго питанія, заболѣло душевной бо-

---

1) Швейцарская статистика. Sanitarisch-demographisches Wochenbulletin 1903 и Int. Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten. 1904 стр. 183.

2) Послѣднее время страшно распространяется употребленіе кокаина въ формѣ нюхательнаго порошка особенно у дамъ полусвѣта и у лицъ, имѣющихъ съ ними общеніе.

3) По Kraepelin'у истощеніе представляетъ усиленный расходъ или недостаточное возмѣщеніе дѣйствующаго вещества; утомленіе же есть накопленіе продуктовъ распада, имѣющихъ парализующее дѣйствіе.

лѣзнью только пять человѣкъ. Теперь наконецъ можно вычеркнуть истощеніе — по крайней мѣрѣ острое физическое — изъ списка причинъ психозовъ. Ослабленіе отъ острой потери крови, насколько я слышалъ отъ хирурговъ, тоже не является причиной психозовъ.

Изъ условій жизни нужно упомянуть климатъ; однако точно мы не знаемъ, въ чемъ его вліяніе. Что касается такъ называемаго тропическаго бѣшенства (Tropenkoller) — это конечно представляетъ собирательное имя для разныхъ состояній —, то мы не знаемъ еще, дѣйствительно ли оно вызывается только жарой, или же тутъ играетъ роль алкоголь, другія болѣзни и сознаніе того, что являешься среди дикихъ господиномъ надъ жизнью и смертью (своего рода бредъ цезаризма).

Профессія даетъ поводъ къ отравленіямъ (служащіе въ алкогольномъ производствѣ становятся алкоголиками, медицинскій персоналъ — морфинистами). Многіе психопаты заболѣваютъ на военной службѣ не столько отъ напряженія, сколько подъ вліяніемъ психическихъ причинъ. Нѣкоторыя профессіи какъ будто предрасполагаютъ къ душевнымъ заболѣваніямъ (школьные учителя, артисты). Однако, дѣло повидимому обстоитъ такъ, что лица, которымъ угрожаетъ душевное заболѣваніе resp. психопаты особенно охотно выбираютъ опредѣленныя профессіи, такъ же какъ „отсутствіе занятій“ или бродяжничество выбирается какъ профессія только больными или предрасположенными къ болѣзни людьми.

По семейному положенію душевно больные даютъ большой процентъ холостыхъ; возможно, что бракъ со своимъ правильнымъ образомъ жизни въ половомъ и другихъ отношеніяхъ до нѣкоторой степени предохраняетъ отъ заболѣванія. Однако, нужно замѣтить, что половина всѣхъ больныхъ, олигофреники, не могутъ вступать въ бракъ по своей болѣзни; то же относится и къ рано заболѣвающимъ шизофреникамъ. Другіе не вполнѣ нормальные люди не женятся по разнымъ психическимъ основаніямъ; разведенные тоже часто не совсѣмъ нормальны. Остаются только вдовые, только они могли бы доказать опасности холостой жизни; и какъ будто дѣйствительно они заболѣваютъ чаще женатыхъ.

Опытъ учитъ, что такъ называемая культура является однимъ изъ главныхъ разсадниковъ душевныхъ болѣзней. Чѣмъ она „выше“, тѣмъ больше мы видимъ больныхъ. Отчасти это представленіе конечно обманчиво, ибо культура со своимъ попеченіемъ о безпомощныхъ не даетъ имъ погибнуть, какъ это бываетъ въ болѣе натуральныхъ условіяхъ. Однако все же родъ нашей культуры благопріятствуетъ развитію болѣзнетворныхъ агентовъ — алкоголя и сифилиса; въ Америкѣ замѣчено, что негры, когда они были рабами, не давали сколько нибудь замѣтнаго процента душевно больныхъ; но чѣмъ больше они перенимали образъ жизни бѣлыхъ, тѣмъ больше они заболѣвали; затѣмъ въ сѣверныхъ штатахъ, гдѣ они во всемъ подражаютъ образу жизни бѣлыхъ, они достигаютъ той же степени заболѣваемости. Затѣмъ, ясно, что уничтоженіе естественнаго отбора по необходимости ведетъ къ постепенному увеличенію количества аномальныхъ. Что касается неврозовъ и явныхъ психо-

патій, очевидно что они должны больше — скажемъ проявляться въ осложненныхъ условіяхъ жизни, гдѣ постоянно требуется совѣстливость и чуство отвѣтственности, чѣмъ у беззаботныхъ и безпечныхъ людей. Уже давно было извѣстно, что лица, ведущія жизнь parvenu въ большомъ городѣ, совершаютъ расовое самоубійство; однако путь отъ нормы къ вымиранію лежитъ повидимому частично черезъ душевное вырожденіе. И на животныхъ мы видимъ, что прирученіе (доместикація) ведетъ къ большимъ колебаніямъ во всѣхъ областяхъ физіологіи. По аналогіи, мы должны у человѣка ожидать тѣмъ большаго числа аномалій — въ томъ числѣ и въ душевной области — чѣмъ искусственнѣе условія его жизни. Очень важно, хотя и не поддается точному учету, то обстоятельство, что современное воспитаніе гораздо богаче мелями и подводными камнями, чѣмъ въ первобытныя времена когда малыши не могли пачкать занавѣски или опрокидывать бюсты.

Здѣсь конечно не мѣсто подробнѣе заняться сложными соотношеніями искусственаго ухудшенія расовой гигіены въ большихъ городахъ: достаточно, если будемъ знать, что съ ростомъ густоты населенія ростетъ и количество душевнобольныхъ.

Съ давнихъ поръ придавалось большое значеніе половымъ отношеніямъ; нельзя отрицать, что у гимназиста, не лишеннаго еще чувства стыда, гоноррея можетъ иногда вызвать депрессію, которую приходится считать болѣзненной. Еще больше ищутъ причинъ болѣзни въ женскихъ половыхъ органахъ и усердно ихъ оперируютъ, однако точныхъ данныхъ для этого не имѣется. Больше всего валятъ на онанизмъ, который причиняетъ якобы всѣ неврозы и многія тяжелыя душевныя болѣзни, это мнѣніе охотно поддерживаютъ сами больные. Однако мы видимъ, что безпечные душевнобольные и морально дефективные онанируютъ въ колоссальныхъ размѣрахъ безъ видимаго вреда для себя. Непосредственный физическій вредъ, такимъ образомъ, врядъ ли можно доказать, если не считать чувство слабости съ большей или меньшей болью въ крестцѣ, напоминающее аналогичныя менструальныя жалобы и нерѣдко слѣдующее за эксцессами. Въ дѣйствительности дѣло обстоитъ приблизительно слѣдующимъ образомъ: онанизмъ представляетъ противоестественное удовлетвореніе очень важнаго для человѣка инстиктивнаго влеченія, притомъ оно легко доступно; оно поэтому не только ведетъ къ излишеству, но еще угрожаетъ благополучію расы, если этому явленію ничего не противоставить. Естественнымъ поэтому кажется, что наши инстинкты такъ устроены, что чувство наше этому противится. Поддержку чувство это находитъ въ нравственныхъ и религіозныхъ заповѣдяхъ, больше всего однако — и къ большому вреду — въ литературѣ, которая въ ужасающихъ краскахъ рисуетъ подрастающему поколѣнію послѣдствія порока, съ тѣмъ, чтобы продажей лѣчебныхъ средствъ выжимать деньги. Поэтому, тамъ гдѣ наблюдаются состоянія страха и бредовыя идеи грѣховности, тамъ мы видимъ на первомъ планѣ и самообвиненія по поводу онанизма, если не фактическаго, то мысленнаго; онанизмъ становится грѣхомъ katexochen[1]; мы видимъ далѣе, что боязнь навредить себѣ

[1] Bleuler. Der Sexualwiderstand. Jahrbuch f. psychoanalyt. Forschungen. Bd.V, 1913

дѣлается причиной многихъ невротическихъ состоянiй, которыя улучшаются, если разсѣять эти страхи. Кромѣ того, тщетная борьба съ дурной привычкой и потеря уваженiя къ самому себѣ представляетъ очень серьезный вредный моментъ. Между тѣмъ онанизмъ часто является признакомъ болѣзни, особенно когда онанируютъ слишкомъ сильно, или въ раннемъ дѣтствѣ или очень безстыдно, иногда больные на почвѣ шизофренической потери стыда онанируютъ не только чаще, но и безъ стѣсненiя на глазахъ у всѣхъ.

Половое воздержанiе въ настоящее время усердно выдвигается, какъ причина неврозовъ и даже душевныхъ болѣзней, но опять таки безъ всякихъ основанiй. Дѣвицы нѣкоторыхъ сословiй, католическiе священники и другiе цѣломудренные люди, собственно говоря, достаточно опровергаютъ это; однако современные взгляды настолько легкомысленны, что во многихъ мѣстахъ особенно среди мужчинъ одни лишь психопаты остаются цѣломудренными, а когда нѣкоторые изъ нихъ заболѣваютъ, въ этомъ напрасно обвиняютъ воздержанiе.

Изъ другихъ половыхъ процессовъ извѣстное причинное значенiе для психозовъ имѣетъ менструацiя. Начало зрѣлости изрѣдка сопровождается преходящими сумеречными или шизофреническими состоянiями, которыя нѣсколько разъ повторяются въ промежуткахъ, соотвѣтствуюшихъ менструальнымъ, но съ установленiемъ правильныхъ регулъ исчезаютъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ психопатiи. Въ дальнѣйшемъ, менструальное колебанiе настроенiя, свойственное „нормальнымъ", можетъ какъ будто иногда доходить до степени меланхолической депрессiи; во всякомъ случаѣ самоубiйства женщинъ поразительно часто совершаются въ этотъ перiодъ. Наблюдались какъ будто и состоянiя спутанности (съ импульсивными дѣйствiями или безъ ихъ). Кромѣ того регулы могутъ вызывать довольно регулярные приступы манiякально-депрессивнаго психоза, а существующiе уже психозы могутъ въ это время обостряться. Однако, если мы будемъ считать причиной болѣзни столь обычное въ началѣ психозовъ отсутствiе регулъ, мы явнымъ образомъ смѣшаемъ причину со слѣдствiемъ. Несмотря на всѣ старанiя, не удалось установить особой формы „менструальнаго помѣшательства".

Подъ именемъ пуэрперальныхъ психозовъ одни понимаютъ психозы, развивающiеся во время родовъ и послѣ нихъ въ теченiе примѣрно четырехъ-шести недѣль, въ отличiе отъ психозовъ связанныхъ съ кормленiемъ и беременностью; другiе называютъ этимъ именемъ всѣ три формы.

Однако настоящихъ пуэрперальныхъ психозовъ не бываетъ ни въ широкомъ, ни въ узкомъ смыслѣ этого слова. Все же беременность у психопатокъ можетъ, кромѣ разнообразныхъ невротическихъ симптомовъ, вызвать либо психическимъ, либо соматическимъ путемъ либо обоими вмѣстѣ меланхолiи, подобныя депрессiи, при чемъ бредовыя идеи обычно связаны съ мыслями о беременности и будущности ребенка; послѣ родовъ все это исчезаетъ безслѣдно. Рѣже беременность обостряетъ шизофренiю. Вообще же говоря, мы обычно имѣемъ случайное совпаденiе беременности съ душевнымъ заболѣванiемъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ какъ будто наблюдаются случаи аменціи на почвѣ истощенія, потери крови, инфекціи. Мой опытъ показываетъ, что почти всегда мы имѣемъ дѣло съ проявленіемъ или обостреніемъ шизофреніи; взрывъ болѣзни можно было объяснить психическими причинами. Иногда роды могутъ вызвать и маніякально-депрессивный приступъ. Психозы кормленія (лактаціи) не имѣютъ большого значенія.

Въ періодѣ климактерія у женщинъ наблюдается нѣсколько чаще обостреніе различныхъ психозовъ; кромѣ того въ этомъ періодѣ появляется особая наклонность къ депрессіи. Лѣтъ на десять позже мы видимъ и у мужчинъ легкія, но продолжительныя, излѣчимыя депрессіи, имѣющія отношеніе къ инволюціи (klimakterium virile).

Климактерическіе психозы въ собственномъ смыслѣ слова, которые прежде описывались нерѣдко у женщинъ, исчезли совершенно въ литературѣ послѣднихъ лѣтъ.

Въ общемъ есть какая то причинная связь между половой жизнью и душевными болѣзнями (особенно у психоневротиковъ), однако связь эта чисто психическая; о степени и родѣ этого вліянія мы пока мало что знаемъ (о взглядахъ Freud'а ср. нѣкоторыя замѣчанія въ главѣ объ истеріи).

Изъ остальныхъ психическихъ причинъ надо безусловно упомянуть не подходящее воспитаніе; объ этомъ много говорятъ, но въ дѣйствительности мало что дѣлаютъ; во всякомъ случаѣ мы имѣемъ достаточно основаній думать, что многіе неврозы возникаютъ при содѣйствіи плохого воспитанія.

Въ позднѣйшей жизни, если говорить о причинахъ неврозовъ и психозовъ, рѣчь можетъ итти только объ аффективныхъ воздѣйствіяхъ, сильно или длительно разстраивающихъ душевную жизнь. Мы еще точно не знаемъ, могутъ ли горе и заботы причинить душевную болѣзнь, публика несомнѣнно преувеличиваетъ роль этихъ моментовъ; все же неудовлетворенность, чувство напрасно потраченной жизни, а главное эротическія затрудненія (въ болѣе широкомъ смыслѣ) вызываютъ вспышки неврозовъ и взрывы психозовъ. Испугъ, гнѣвъ или отчаяніе могутъ вызвать у психопатовъ возбужденіе съ слѣпой яростью и послѣдующей амнезіей или ступорозныя состоянія (эмоціональные психозы, бредъ страха); они быстро проходятъ. Тюремное заключеніе вызываетъ различныя психопатическія состоянія, въ томъ числѣ и параноеобразныя. Говорятъ, что операціи вызываютъ душевныя заболѣванія. Во всякомъ случаѣ, это необыкновенно рѣдкое явленіе.

Современные законы о вознагражденіи за увѣчіе вызываютъ корыстныя представленія, и поэтому являются самой распространенной причиной травматическихъ неврозовъ въ широкомъ смыслѣ слова. При катастрофахъ возникаютъ другія непродолжительныя нервныя и душевныя разстройства (землетрясеніе, см. неврозы испуга).

Въ публикѣ часто наблюдается боязнь заразиться отъ больныхъ душевной болѣзнью. Конечно, такой заразы не существуетъ. Однако энергичные больные могутъ сообщить свой бредъ живущимъ съ ними здоровымъ на видъ лицамъ (индуцирован-

ное помѣшательство). Даже совершенно здоровые люди могутъ быть увлечены сутягами и міровыми реформаторами. Существуютъ всевозможные переходы индуцированнаго помѣшательства вплоть до нервныхъ и психическихъ эпидемій (chorea major, эпидемическое трясеніе въ школахъ, религіозныя эпидеміи), могущихъ увлечь за собою и людей совершенно нормальнаго склада.

Дѣтство предрасполагаетъ къ мозговымъ заболѣваніямъ, особенно къ поліоэнцефалитамъ. Дѣтскихъ психозовъ sui generis не существуетъ, если не считать таковыми олигофреній послѣ дѣтскихъ болѣзней, прогр. паралича на почвѣ наслѣдственнаго сифилиса и проявляющейся въ этомъ возрастѣ эпилепсіи. Шизофренія, рѣже маніакально-депрессивное помѣшательство иногда начинаются въ ранней юности. Дѣти сравнительно легко бредятъ при интоксикаціяхъ и инфекціяхъ; иногда они обнаруживаютъ при этомъ кататоническіе симптомы (напр. каталепсію), которые въ такомъ случаѣ не имѣютъ особенно грознаго значенія. Дѣтскія истеріи часто моносимптомны, и не имѣютъ, такого характера общаго заболѣванія, какъ у взрослыхъ.

Съ періодомъ полового созрѣванія предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ рѣзко усиливается; затѣмъ тамъ, гдѣ заболѣванія вызываются не алкоголемъ и прогр. параличемъ, количество заболѣваній съ 25 лѣтъ начинаетъ уменьшаться понемногу, а между 35—40 убываетъ довольно быстро. Выше пятидесяти лѣтъ процентъ здоровыхъ больше, чѣмъ процентъ больныхъ, если принять за 100 сумму больныхъ и здоровыхъ каждаго возраста.

Особый свойственный періоду развитія „психозъ полового созрѣванія" намъ не извѣстенъ до сихъ поръ, если не считать таковыми упомянутыя выше явленія, предшествующія установленію менструацій.

Въ возмужаломъ возрастѣ заболѣваютъ алкоголики, параноики, и — по понятнымъ внѣшнимъ причинамъ — травматики.

Инволюціонный возрастъ приноситъ небольшое увеличеніе числа шизофреній, болѣе значительное увеличеніе количества депрессій, и нѣкоторое количество болѣе рѣдкихъ болѣзней; нѣкоторыя изъ нихъ описаны Kraepelin'омъ. Однако нужно строго отличать инволюцію отъ старческой дегенераціи, хотя оба эти процесса имѣютъ нѣкоторыя точки соприкосновенія. Инволюція представляетъ переходъ къ другому этапу жизни, подобно половому созрѣванію; нормальная матрона еще пару десятилѣтій можетъ остаться продуктивнымъ работникомъ. Между тѣмъ старость есть обратное развитіе, умираніе. Если обратное развитіе мозга начинается раньше другихъ органовъ, мы имѣемъ клинически чистую форму dementia senilis. Не совсѣмъ характерны для старости, но все же наблюдаются преимущественно въ этомъ возрастѣ артеріосклерозъ и пресбіофреніи.

Мужской полъ болѣе, нежели женскій, предрасположенъ къ идіотіи и эпилепсіи, менѣе къ неврозу и маніакально-депрессивному психозу. Алкоголизмъ и прогр. параличъ больше поражаютъ мужчинъ, но это зависитъ отъ ихъ образа жизни; однако предпочтеніе, которое они отдаютъ такому образу жизни, въ свою очередь обусловлено поломъ. Въ общемъ въ психіатрическія больницы посту-

паетъ больше мужчинъ, но въ составѣ больныхъ мужчинъ меньше, нежели женщинъ, такъ какъ алкоголики быстро выписываются, а паралитики умираютъ. Среди болѣе старыхъ душевнобольныхъ женщинъ больше, такъ какъ женщины вообще долговѣчнѣе.

L. Общая терапія душевныхъ болѣзней.

Лѣченія мы коснемся лишь постольку, поскольку это соотвѣтствуетъ потребностямъ практическаго врача и поскольку изложеніе его безъ клиническихъ демонстрацій можетъ быть полезно. По вопросу о неврозахъ мы должны отослать читателя къ учебникамъ неврологіи[1]).

До сихъ поръ мало дѣлается въ смыслѣ профилактики; безъ измѣненія господствующихъ воззрѣній и законодательства врядъ ли что можно будетъ сдѣлать. Лица, тягощенныя отяжелой наслѣдственностью, не должны производить потомства. Предложенъ былъ методъ „соціальной стерилизаціи"; другіе приходятъ въ ужасъ отъ „вмѣшательства въ права человѣка" и находятъ это безполезнымъ. Многіе больные и дегенеранты согласились бы сами на операцію, и хотя не часто представляется возможность это дѣлать, однако въ отдѣльныхъ случаяхъ это можетъ принести нѣкоторую пользу. Впрочемъ эту идею можно расширить; въ свою очередь какъ разъ это внушаетъ другимъ опасеніе. Я лично этого не боюсь; пока распространенныя теперь воззрѣнія радикально не измѣнились, опасность распространительнаго толкованія существуетъ лишь постольку, поскольку практика обычно забѣгаетъ впередъ и этимъ надолго дискредитируетъ предложенное мѣропріятіе. Я бы началъ съ принудительной операціи у неисправимыхъ преступниковъ и съ добровольной у другихъ тяжелыхъ психопатовъ, и потомъ постепенно преобразовалъ бы общія воззрѣнія и законодательства въ соотвѣтствіи съ данными опыта. А разъ мы только тѣмъ занимаемся, что даемъ возможность размножаться умственнымъ и физическимъ калѣкамъ, въ то время какъ здоровыя семьи должны уменьшать количество своихъ дѣтей, такъ какъ столько средствъ уходитъ на тѣхъ калѣкъ, и разъ мы вообще уничтожаемъ всякій естественный отборъ, родъ человѣческій необходимо долженъ все больше падать, если не будутъ приняты мѣры.

Затѣмъ, надо же когда нибудь серьезно заняться всѣмъ тѣмъ, что вредно вліяетъ на зародышъ, къ чему я причисляю также жилищныя условія въ большихъ городахъ. На врачахъ лежитъ священная обязанность, оказывать усиленное давленіе на общественное мнѣніе и требовать, чтобы за борьбу съ алкоголемъ и сифилисомъ взялись съ той же энергіей и съ той же затратой средствъ, какъ принялись за борьбу съ туберкулезомъ (Kraepelin). Нужно гораздо энергичнѣе поддерживать всѣ стремленія „вернуться къ при-

[1]) Ср. статью о психотерапіи Mohr'a въ Handbuch der Neurologie Leuvandowsk аго. Julius Springer, Berlin.

родѣ“, но именно къ настоящей природѣ; даже въ нашъ промышленный вѣкъ можно бы съ пользой для профилактики примѣнить оздоровляющее вліяніе сельскаго хозяйства.

Нѣкоторые неврозы, но врядъ ли душевныя болѣзни въ болѣе узкомъ смыслѣ слова, можно было бы предотвратить цѣлесообразнымъ воспитаніемъ; мы видимъ, по крайней мѣрѣ, какъ нервозность и болѣзненный характеръ выростаютъ непосредственно на почвѣ неправильнаго воспитанія, мы должны, поэтому, допустить что въ случаяхъ не слишкомъ тяжелой наслѣдственности мы можемъ многихъ спасти отъ искалѣченія правильнымъ вліяніемъ, воспитаніемъ воли и характера вообще, причемъ надо пріучать къ перенесенію непріятностей и боли въ томъ числѣ и закаливаніемъ (въ разумныхъ предѣлахъ!). Осторожность въ выборѣ профессіи тоже даетъ извѣстную гарантію.

Въ случаяхъ выраженной болѣзни надо отличать острые случаи отъ хроническихъ. Хрониковъ нужно главнымъ образомъ воспитывать, пріучать къ нормальному поведенію и работѣ; дѣло это нужно оставить пока въ рукахъ врачей, такъ какъ помимо ихъ мало кто обнаруживаетъ пониманіе этого вопроса. Профанъ, хотя бы самый интеллигентный и благожелательный, и теперь еще въ состояніи забыть разницу между больнымъ и здоровымъ и хочетъ дѣйствовать логикой, возмущеніемъ и предупредительностью, какъ это онъ вполнѣ резонно привыкъ дѣлать со здоровыми. Какъ разъ въ нужныхъ вопросахъ больные обнаруживаютъ неправильную логику, и никакъ не могутъ понять, почему возмущаются тѣми ихъ поступками, которые они сами считаютъ правильными; или напр. можно ли ждать отъ больныхъ благодарности, когда они совсѣмъ не цѣнятъ нашего самопожертвованія или относятся къ нему отрицательно, т. е. считаютъ его издѣвательствомъ для себя. Въ такихъ случаяхъ нужно осторожно выяснить, какъ больной реагируетъ на все вообще и на опредѣленныхъ людей въ частности, и дѣйствовать такъ, какъ требуется данной обстановкой, а не руководиться „справедливостью“ или досадой или чувствительной жалостью.

Лучшее средство для воспитанія это работа. Кто считаетъ себя болѣе чѣмъ пригоднымъ для работы вообще или считаетъ, что онъ слишкомъ хорошъ для той работы, съ которой онъ еще кое какъ справился, тотъ меньше всего годится. Въ началѣ душевной болѣзни, особенно шизофреніи, не нужно безъ должныхъ основаній заставлять бросать работу. Если она приноровлена къ силамъ больного, она полезнѣе, чѣмъ такъ называемый покой и отдыхъ; это относится даже ко многимъ легкимъ меланхоліямъ, которыя врачу чаще всего приходится пользовать внѣ больницы. Принципіально не нужно исключать и умственную работу, хотя она часто непримѣнима (больше по практическимъ, нежели по внутреннимъ основаніямъ).

Легкихъ хрониковъ можно съ успѣхомъ направлять въ психіатрическія поликлиники, которыя отъ времени до времени больного подправляютъ, при надобности примѣняютъ нѣкоторыя средства, а главное слѣдятъ, чтобы внѣшнія условія были сносны.

Въ острыхъ случаяхъ на первомъ планѣ стоятъ задачи чисто лѣчебныя; къ сожалѣнію мы далеко не все можемъ дѣлать, что хотѣлось бы. Соотвѣтствующія указанія будутъ даны въ частной психіатріи

Очень важнымъ представляется вопросъ, какіе больные подлежатъ помѣщенію въ психіатрическія больницы.

Естественно, тѣ которыхъ нельзя дома держать, потому что они слишкомъ опасны или слишкомъ мѣшаютъ себѣ и другимъ. Затѣмъ нѣкоторыхъ больныхъ можно правильно лѣчить только въ больницѣ, ибо дома они сами, а отчасти ихъ родные не даютъ провести правильнаго воспитанія. Тамъ, гдѣ главымъ показаніемъ служатъ опасенія за цѣлость имущества, наложеніе опеки можетъ иногда замѣнить или сократить пребываніе въ больницѣ. Нерѣдко приходится интернировать больныхъ не потому, что этого требуетъ ихъ состояніе, а потому что уходъ за ними въ конецъ изводитъ родственниковъ. Кромѣ того, семья часто оказываетъ непосредственно вредное вліяніе на больного, такъ что условія обстановки даютъ показаніе для больничнаго лѣченія.

Для помѣщенія душевнобольного въ больницу необходимо выполнить цѣлый рядъ формальностей: къ сожалѣнію, что ни государство, то свой законъ, а въ Швейцаріи даже, что ни кантонъ, то свои правила[1]. Всякій врачъ, поселяясь въ какой нибудь мѣстности, долженъ ознакомиться съ дѣйствующими тамъ правилами: если онъ отложитъ это до перваго случая, можетъ оказаться тогда слишкомъ поздно. Во всякомъ случаѣ требуется свидѣтельство по крайней мѣрѣ одного врача[2]. Свидѣтельство это есть юридическій актъ, поэтому оно должно быть помѣчено числомъ и снабжено подписью врача, затѣмъ конечно оно должно содержать точныя данныя объ имени, возрастѣ, званіи и проч. больного, адресъ его родныхъ или опекуна или попечительства, на попеченіи котораго больной находится, затѣмъ діагнозъ наличія душевной болѣзни вообще, а если возможно то и формы заболѣванія. Большею частью распознаваніе при однократномъ осмотрѣ невозможно. Душевная болѣзнь сама по себѣ еще не влечетъ за собою непремѣнно интернированія. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно точно мотивировать необходимость больничнаго лѣченія (опасность для общежитія, отказъ отъ пищи, стремленіе къ самоубійству, невозможность устроить правильный уходъ въ домашнихъ условіяхъ, воспитаніе). Само собою понятно, что врачъ долженъ лично изслѣдовать больного. Считается — если нѣтъ особой оговорки — что изслѣдованія произведено въ день выдачи свидѣтельства. Во многихъ мѣстахъ существуетъ правило, что промежутокъ между днемъ изслѣдованія и днемъ поступленія въ больницу не долженъ быть слишкомъ великъ (у насъ [въ Цюрихѣ. А. Р.] не болѣе 14 дней).

---

[1]) Австрійскія „правила о наложеніи опеки" почему то не содержатъ указаній на формальности, необходимыя для помѣщенія больного, но требуютъ сложной процедуры post factum, которая касается только врача больницы.

[2]) Нѣкоторыя больницы требуютъ свидѣтельство по опредѣленной формѣ, бланки которыхъ можно у нихъ получать.

Не имѣя особаго разрѣшенія — только немногія больницы имѣютъ право выдавать его — не слѣдуетъ направлять больного безъ свидѣтельства; больница принуждена будетъ или отказать въ пріемѣ, или пригласить врача для новаго изслѣдованія, что не послужитъ къ вящей его славѣ. Не нужно упускать изъ виду, что не всѣ больницы могутъ всегда принять больного; поэтому, нужно сначала запросить, будетъ ли больной принятъ.

Это все административная сторона вопроса. *)

Кромѣ этого больничнымъ врачамъ нужно сообщить данныя, необходимыя для лѣченія: поведеніе больного, особыя наклонности или влеченія, чтобы не было такимъ образомъ надобности класть безобиднаго больного въ наблюдательную палату, затѣмъ нужно сообщить анамнезъ, что было сдѣлано въ смыслѣ лѣченія до помѣщенія въ больницу и съ какимъ результатомъ; получилъ ли больной во время перевозки narcotica, какія именно и въ какой дозѣ? (Гіосцинъ вызываетъ разстройство зрачковъ, которое можно принять за настоящее и ошибиться изъ за этого въ діагнозѣ; затѣмъ первый день нельзя давать никакихъ narcotica, разъ не будетъ извѣстно, что больной принималъ наканунѣ). Иногда бываетъ некогда изложить все; тогда можно послать при больномъ временное свидѣтельство, содержащее самыя необходимыя свѣдѣнія, а подробныя данныя на завтра.

Кромѣ того нужно имѣть въ виду, что врачи и больничные и небольничные еще интересуются наукой: поэтому нужно сообщить не только то, что необходимо, но и то, что интересно для знанія.

При помѣщеніи больного въ больницу не нужно допускать ни обмана, ни разыгрыванія комедіи, это дѣлаетъ невозможнымъ правильное лѣченіе въ больницѣ и окончательно портитъ отношенія между родственниками и больнымъ, въ особенности, если приходится еще съ нимъ считаться. Въ случаѣ крайней необходимости лучше примѣнить насиліе или снотворное, больной это скорѣе проститъ. Однако, если правильно взяться за дѣло, насиліе даже не потребуется. Очень многихъ больныхъ удается уговорить, если, сохраняя самому полное хладнокровіе, объявить больному, что такъ нужно — и притомъ объявить это въ такой рѣшительной формѣ, чтобы онъ чувствовалъ, что всякіе споры безполезны, и затѣмъ если при этомъ имѣется налицо достаточно людей, чтобы въ случаѣ необходимости

---

*) Изложеніе автора имѣетъ въ виду условія заграничныя, главнымъ образомъ швейцарскія. Въ Россіи по дѣйствующей и неотмѣненной административной практикѣ для помѣщенія больного въ психіатрическую больницу вообще говоря не требуется свидѣтельства, больничный врачъ можетъ принять больного, если считаетъ его душевнобольнымъ. Но въ виду переполненія большинства государственныхъ и общественныхъ психіатрическихъ больницъ, каждое учрежденіе имѣетъ свои правила пріема; принимаетъ только извѣстныя категоріи больныхъ (только своего города или своей области, только требующихъ больничнаго леченія и т. п.) или требуетъ соблюденія извѣстныхъ формальностей (подачи прошенія, освидѣтельствованія врачемъ, особо для того назначенимъ отъ города или отъ земства и т. п. и заполненія опроснаго листа по особой формѣ и т. п.).

По отношенію къ частнымъ психіатрическимъ лѣчебницамъ проводится система послѣдовательнаго контроля: о каждомъ поступленіи директоръ лѣчебницы долженъ увѣдомить Врачебное Управленія, которое производитъ дознаніе, не было ли при помѣщеніи больного какихъ либо злоупотребленій. А. Р.

можно было добиться своего, несмотря на сопротивленіе. Не нужно забывать, что не логика заставляетъ больного итти на уступки, а все поведеніе того, кто пускаетъ въ ходъ логику.

И послѣ поступленія больного въ больницу, врачу часто приходится быть совѣтчикомъ семьи; нужно разрѣшить вопросъ объ устройствѣ больного, посѣщеніяхъ, выпискѣ. Трудно дать общія указанія. Надо остерегаться что либо совѣтовать безъ детальнаго ознакомленія съ настоящимъ положеніемъ даннаго случая. Лучше всего завязать контактъ съ больничнымъ врачемъ, вообще въ этихъ случаяхъ коллегіальный тактъ важнѣе для больного и его семьи, чѣмъ для коллегіальныхъ отношеній.

Врачъ долженъ знать, что обыкновенно маніакально-депрессивныхъ слишкомъ рано забираютъ изъ больницы, шизофрениковъ очень рѣдко, развѣ только по какимъ нибудь другимъ соображеніямъ, не имѣющимъ ничего общаго съ состояніемъ больного. Тоска по дому только въ исключительныхъ случаяхъ можетъ служить показаніемъ къ выпискѣ больного; большею частью больному и роднымъ только кажется, что это тоска по дому; просто больному вездѣ плохо и ему кажется, что виною этого то, что онъ далеко отъ дома. Выздоровѣвшіе больные не рвутся такъ домой. „Совмѣстное пребываніе съ другими тяжелыми душевнобольными“, котораго такъ опасаются многіе, непріятно иногда, но не препятствуетъ выздоровленію. Очень вредно, когда родные при посѣщеніи больного обѣщаютъ ему скоро взять его или наобѣщаютъ еще чего нибудь, чего нельзя исполнить. Посѣщенія вообще нерѣдко бываютъ вредны, часто безпокоятъ остраго больного, въ особенности въ началѣ, когда ему нужно привыкать къ больничной обстановкѣ. Укажу на маленькихъ дѣтей, которыя въ больницѣ черезъ нѣсколько дней забываютъ тоску по дому, но при условіи, что ихъ не посѣщаютъ. Однако большинству больныхъ, особенно хроникамъ, можно безбоязненно разрѣшить посѣщенія, особенно если посѣтитель хоть сколько нибудь обладаетъ тактомъ.

Нелегко бываетъ остановиться на выборѣ больницы или лѣчебницы Государственныя больницы, если только онѣ не очень переполнены, обыкновенно за тѣ же деньги даютъ гораздо больше. Зато въ нихъ конечно меньше комфорта и въ нихъ меньше считаются съ желаніями и капризами отдѣльнаго больного. Иногда это не безполезно. Частныя санаторіи далеко не приспособлены для безпокойныхъ больныхъ. Иногда родные избѣгаютъ казенной больницы изъ за предубѣжденія или ложнаго самолюбія, и тратятъ на это дѣло деньги, которыя могли бы найти себѣ лучшее примѣненіе, напр. въ періодѣ выздоровленія. Тѣмъ не менѣе само собою понятно, что хорошая частная лѣчебница можетъ дать больному, особенно избалованному, многое такое, чего онъ въ казенной больницѣ не будетъ имѣть. Однако, провести строгую дисциплину въ частной лѣчебницѣ гораздо труднѣе, чѣмъ въ общей больницѣ съ ея неумолимыми законами (особенная осторожность требуется при отученіи напр. отъ морфія, см. морфинизмъ).

Отдѣльныхъ больныхъ, напр. олигофрениковъ и шизофрениковъ, вышедшихъ изъ остраго періода, можно часто съ успѣхомъ отдать

на время или на долго въ частную семью, къ врачу, учителю, пастору. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ семейное призрѣніе организовано на государственный счетъ для неимущихъ классовъ и даетъ очень хорошіе результаты. Лучше всего для этого семьи крестьянскія или бывшихъ служителей и сидѣлокъ больницъ.

Рѣдко мы въ состояніи предпринять что либо противъ самой болѣзни (сифилисъ мозга, эпилепсія). Нѣкоторые (Wagner von Jauregg), основываясь на случайныхъ наблюденіяхъ при прогр. параличѣ и dem. praecox, стараются вызвать искусственную лихорадку путемъ впрыскиванія бактерійныхъ токсиновъ. Окончательной оцѣнки этого метода лѣченія пока еще невозможно дать.

Въ случаяхъ неизлѣчимой болѣзни иногда съ отчаянія рѣшаются на дорого стоющіе курсы лѣченія, разоряющіе семью, и лишающіе ее возможности въ дальнѣйшемъ правильно устроить больного. Это очень неправильно. Не нужно забывать, что въ излѣчимыхъ приступахъ главнымъ факторомъ выздоровленія является время.

Только въ легкихъ случаяхъ можно воздѣйствовать на настроеніе отвлеченіемъ. Спорить съ больнымъ о его бредовыхъ идеяхъ почти всегда безполезно или даже вредно. Не нужно скрывать отъ больного своей точки зрѣнія, но лучше предоставить будущему показать, кто правъ.

Душевныя болѣзни за исключеніемъ психоневрозовъ не представляютъ особенно благодарнаго поля для психотерапіи въ тѣсномъ смыслѣ слова[1]). Маніакально-депрессивные и др. выздоравливаютъ отъ приступа, органики погибаютъ, шизофреники, не выздоравливая, продолжаютъ жить. Однако какъ разъ послѣднихъ надо научиться понимать, вникнуть въ ихъ внутренній міръ, и для этого нужно обстоятельно заниматься психопатологіей, изучать способы образованія бреда и отдѣльные симптомы, механизмы задержки и облегченія. Конечно, внушеніе всегда прійдется примѣнять, явно или скрыто, такъ же какъ и въ общей медицинѣ и вообще въ жизни. Въ отдѣльныхъ случаяхъ гипнозъ можетъ очень помочь при послѣдствіяхъ болѣзни, напр. безсонницѣ послѣ меланхоліи. Въ общемъ все же значеніе гипноза въ лѣченіи собственно психозовъ невелико, ибо, какъ выразился Forel, въ гипнозѣ мы оперируемъ мозгомъ больного, а въ данномъ случаѣ это больной инструментъ. Наиболѣе важнымъ психическимъ лѣчебнымъ средствомъ является терпѣніе, покой и внутренняя благожелательность по отношенію къ больному: всѣ эти три вещи должны быть неисчерпаемы.

Опредѣленныя „процедуры“ мало что могутъ дать при психозахъ собственно, хотя иногда водолѣчебница, гдѣ врачи осторожны, можетъ благопріятно воздѣйствовать на легкіе случаи. Неосторожное примѣненіе холодной воды можетъ безусловно повредить. Зато ванны приблизительно температуры тѣла представляютъ цѣнное лѣчебное средство у безпокойныхъ больныхъ, а иногда и у угнетенныхъ. Возбужденіе иногда успокаивается въ ваннѣ; чувство

---

[1]) Я подразумѣваю психотерапію по опредѣленнымъ „методамъ“ (Freud, Dubois, гипнотизмъ и т. д.). Само собою понятно однако, что каждый психіатръ примѣняетъ „психотерапію“ въ болѣе широкомъ смыслѣ, я бы сказалъ даже, не какъ таковую.

утомленія, не задѣвая существенно психической и физической дѣятельности больного, дѣлаетъ его доступнѣе. Однако и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этого успѣха не видно сразу, тепловатая ванна (35^0—36^0 по Цельзію) является превосходнымъ мѣстомъ для больныхъ, которые могутъ все время возиться съ водой безъ вреда для себя, для другихъ и для обстановки.

Введеніе длительныхъ ваннъ, которыя въ нѣкоторыхъ больницахъ функціонируютъ и ночью, придали — наравнѣ съ наблюдательными отдѣленіями — современнымъ больницамъ гораздо лучшій видъ. Угнетенные тоже часто лучше себя чувствуютъ въ ваннѣ; особенно часто теплая ванна, принятая вечеромъ, улучшаетъ имъ сонъ.

Часто примѣняютъ холодныя обертыванія, которыя нагрѣваются и въ которыхъ больныхъ можно оставить минутъ 20, и даже нѣсколькихъ часовъ (при условіи тщательнаго контроля температуры, общаго вида и психическаго самочувствія). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они дѣйствуютъ также успокаивающе. Однако, если не завернуть руки, то какъ разъ тѣ больные, которымъ болѣе всего нужно обертываніе, скоро изъ него высвобождаются; если же руки завертываются вмѣстѣ со всѣмъ тѣломъ, то получится — по моему мнѣнію и мнѣнію моихъ больныхъ — одна изъ самыхъ скверныхъ мѣръ стѣсненія подъ лицемѣрной маской медицинскаго средства. Я поэтому по возможности ихъ избѣгаю. Очень многіе больные лучше всего чувствуютъ себя въ постели, особенно угнетенные, затѣмъ шизофреники, не работающіе, и легкіе маніакальные; если они хотятъ чѣмъ нибудь заняться, можно имъ дать читать, писать или легкое женское рукодѣліе. Современная больница имѣетъ нѣсколько палатъ, гдѣ больные лежатъ въ постеляхъ подъ постояннымъ наблюденіемъ днемъ и ночью; однако для этого должны быть опредѣленныя показанія, а не просто всякаго больного класть въ кровать. У хрониковъ, если есть выборъ, нужно предпочесть работу.

Если больной очень возбужденъ или очень пристаетъ, или очень аггрессивенъ, его иногда приходится изолировать. И сейчасъ есть врачи — а лѣтъ 10—20 тому назадъ ихъ было много больше — которые считаютъ изоляцію жестокостью. Я лично думаю, что если примѣнять съ выборомъ и правильнымъ образомъ, то она часто является спасеніемъ для всѣхъ. Для маніакальныхъ больныхъ, если они не мажутся, это самая подходящая терапія. Ночью же и всякій здоровый предпочтетъ быть одинъ въ комнатѣ, даже если она называется изоляторомъ, чѣмъ вмѣстѣ со всѣми душевнобольными.

Другія мѣры стѣсненія употребляются только очень рѣдко; однако при наличіи особыхъ показаній, напр. при лѣченіи перелома кости, я считаю неправильнымъ, если по принципіальнымъ мотивамъ больному даютъ стать калѣкой.

Электричество, массажъ, климатическое лѣченіе пока не имѣютъ примѣненія. Врядъ ли чего можно достигнуть особымъ питаніемъ (см. лѣченіе эпилепсіи). Сильныхъ nervina (кофе, чай) нужно избѣгать, особенно алкоголя: небольшая польза, которую онъ иногда будто бы приноситъ, отступаетъ на задній планъ передъ его недостатками.

Отъ снотворныхъ врядъ ли можно отказаться; въ больницахъ приходится ихъ давать возбужденнымъ больнымъ, чтобы они не мѣшали другимъ спать. Конечно лучше давать ихъ возможно меньше; однако если быть осторожнымъ, т. е. если не давать ихъ каждый день подолгу и мѣнять средства, то можно быть застрахованнымъ отъ непріятностей. Давая сульфоналъ и тріоналъ, нужно конечно въ виду опасности разложенія крови слѣдить за мочей. Лучшее средство до сихъ поръ еще хлораль-гидратъ въ дозахъ отъ 2,0 до 3,0 (кровяное давленіе!) иногда въ меньшихъ дозахъ вмѣстѣ съ морфіемъ; изъ новыхъ средствъ особенно хороши veronal (0,5 до 1,5; cave: нефритъ!) и veronalnatrium (0,5 — 1,0), послѣдне можно дать въ клизмѣ; затѣмъ тріоналъ и сульфоналъ; первое дѣйствуетъ быстро но не долго, второе медленно, длительно, и легко кумулируетъ. Можно дать иногда комбинацію изъ 1,0 trional и 2,0 sulfonal, чтобы получить быстрое и болѣе продолжительное дѣйствіе. Посредствомъ сульфонала, если его давать часто, можно добиться извѣстнаго успокоенія при возбужденіяхъ, длящихся не очень долго (при кумуляціи появляются координаторныя разстройства). Указанныя дозы можно безопасно превысить, когда знаешь уже, какъ больные ихъ переносятъ. При настоящихъ возбужденіяхъ нужно давать энергичныя дозы или ничего не давать; нужно быть довольнымъ, если хоть что дѣйствуетъ. Наилучшимъ снотворнымъ былъ бы паральдегидъ (5,0 pro dosi и больше, всега per os), если бы не его противный вкусъ и запахъ; въ отдѣльныхъ дозахъ онъ совершенно безопасенъ, но длительно его нельзя давать. Для клизмъ годится амиленъ-гидратъ (2,0 до 5,0), особенно при status epilepticus онъ иногда даетъ хорошій результатъ; нужно только его хорошо разбавить и дать въ крахмальномъ клейстерѣ или въ этомъ родѣ, иначе раздражается слизистая оболочка кишки.

Нѣкоторые въ качествѣ снотворнаго рекомендуютъ алкоголь. Онъ пріятнѣе другихъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ вслѣдствіе привыканія онъ опаснѣе и въ то же время менѣе дѣйствителенъ. Я не думаю, чтобы было совмѣстимо съ достоинствомъ врача прописывать пріятное, но опасное и недѣйствительное средство[1]).

Въ случаѣ нервнаго возбужденія отъ напряженной работы часто превосходнымъ средствомъ является бромъ. Въ малыхъ дозахъ (1—3 грамма вечеромъ сразу или лучше въ два пріема, въ сильно разведенномъ видѣ). Рѣже онъ оказывается дѣйствительнымъ при измѣненіи настроенія, при болѣе сильныхъ колебаніяхъ вовсе не дѣйствуетъ (см. меланхолію).

Опія и опіатовъ нельзя считать снотворными. Правда косвенно, устраняя тоску и душевную боль, они могутъ дѣйствовать успокаивающе и даже усыпляюще, однако у душевнобольныхъ далеко не даютъ тѣхъ результатовъ, которыхъ можно было бы ждать, судя по ихъ дѣйствію на здоровыхъ. За исключеніемъ немногихъ случаевъ, безъ нихъ можно всегда обойтись, а такъ какъ у психопатовъ

[1]) Если уже кто считаетъ нужнымъ прописать алкоголь какъ лѣкарство, нужно его — подобно всякому сильно дѣйствующему лѣкарству — прописать въ опредѣленной дозѣ и — по понятнымъ соображеніямъ — такъ, чтобы больной этого не зналъ, напр. Spirit. vini 30,0 aqu. dest. 130,0 Syr. liquir 40,0.

особенно велика опасность привычки, имѣются всѣ основанія по возможности избѣгать ихъ. Давать возбужденному больному опій для облегченія перевозки въ больницу почти совершенно безполезно и и все таки его постоянно даютъ.

Для такихъ случаевъ лучше всего гіосцинъ подъ кожу въ дозахъ отъ 0,0008 до 0,001 (выше максимальной дозы!); если знаешь, какъ больной реагируетъ на это средство и имѣешь свѣжій растворъ, можно дать больше, до полутора миллиграмма. Безусловно лучше онъ дѣйствуетъ въ комбинаціи съ десятикратной дозой морфія; при частомъ примѣненіи морфій компенсируетъ вредное вліяніе гіосцина на пищевареніе. Если, какъ нѣкоторые предлагаютъ, давать гіосцинъ въ меньшихъ дозахъ, тогда можно прибавить больше морфія, напр. 0,015 pro dosi.

Изъ числа симптомовъ, съ которыми врачу приходится имѣть дѣло внѣ больницы, нужно упомянуть нечистоплотность. Для нечистоплотныхъ постельныхъ больныхъ постоянно придумываютъ всякія техническія приспособленія, но ихъ скоро бросаютъ. Самое лучшее это днемъ и ночью каждый разъ убирать за больнымъ; многихъ больныхъ, особенно не парализованныхъ, можно отучить отъ неопрятности, если ставить имъ ежедневно вечеромъ, по возможности въ одно и то же время, клизму и заставлять испражняться.

Раньше считали нужнымъ усердно бороться съ мастурбаціей. Я давно отказался — и очень радъ этому — отъ этой борьбы, которая не только безполезна, но и приковываетъ вниманіе больныхъ къ этому злу. Все же нужно заботиться, чтобы больные не онанировали публично и не раздражали и не заражали другихъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда больные сами хотятъ бороться съ этимъ влеченіемъ, помогаетъ бромъ въ среднихъ дозахъ (2,0—4,0 pro die).

О лѣченіи опасности самоубійства см. маніакально-депрессивный психозъ.

Если нужно сдѣлать операцію душевнобольному, то обычно т. е. если indicatio vitalis не требуетъ немедленныхъ дѣйствій, нужно получить согласіе родныхъ, или опекуна, или кого либо призваннаго ad hoc. Практически дѣло обстоитъ просто; однако теоретическія препятствія многообразны; есть такіе крючки, которые даже неправоспособнаго больного не хотятъ лишать права „распоряжаться своимъ собственнымъ тѣломъ“, и предпочитаютъ дать ему умереть или оставить его безъ ноги, чѣмъ позволить безъ его согласія отрѣзать ему нѣсколько гангренозныхъ пальцевъ. Конечно къ числу такихъ операцій не относится вправленіе вывиха или правильное лѣченіе перелома, зато многіе считаютъ такой операціей поясничный проколъ, хотя въ кантонѣ Цюрихъ — по справкамъ въ компетентныхъ учрежденіяхъ — проколъ считается въ числѣ тѣхъ манипуляцій, которыя врачъ имѣетъ право дѣлать, разъ ему довѣрено вообще лѣченіе больного. Начинающему не мѣшаетъ точно разузнать, какія на этотъ счетъ господствуютъ въ данномъ мѣстѣ обычаи и правила.

Особенныхъ показаній требуетъ производство выкидыша[1]. При депрессіяхъ на почвѣ беременности

[1] E. Meyer. Искусственный выкидыщъ при психозахъ (съ истеріей и неврастеніей включительно). Med. Klinik, 1918, № 7 и 8.

вмѣшательство часто даетъ только тотъ результатъ, что больныя горько себя упрекаютъ и состояніе ихъ ухудшается, а между тѣмъ при простомъ выжиданіи и при должномъ наблюденіи психозъ регулярно излѣчивается, иногда еще до родовъ. Совсѣмъ иначе нужно съ теоретической точки зрѣнія разсматривать психогенныя депрессіи (ситуаціонныя меланхоліи) тѣхъ дѣвушекъ и женщинъ, которымъ ребенокъ сулитъ большія трудности. Такія заболѣванія можно конечно вылѣчить путемъ устраненія причины; однако при современныхъ взглядахъ и при нынѣшнемъ законодательствѣ это обстоятельство не можетъ служить достаточнымъ показаніемъ для производства выкидыша. Точно такъ же мы при шизофреніи и олигофреніи только въ исключительныхъ случаяхъ рѣшимся пожертвовать ребенкомъ, несмотря на всѣ убѣдительные доводы. Иначе дѣло обстоитъ при раннихъ эклamптическихъ и хореическихъ психозахъ. Въ Германіи и въ католическихъ странахъ большинство не признаетъ соціальныхъ показаній (опасность получить больное потомство у идіотовъ и душевнобольныхъ, трудность прокормленія, ея дѣйствіе на мать). Въ протестантскихъ частяхъ Швейцаріи народное сознаніе требуетъ, чтобы съ этимъ считались, и я *de lege ferenda* хотѣлъ бы, чтобы были приняты во вниманіе соображенія соціальнаго свойства. Ясныхъ указаній законъ нигдѣ не содержитъ; приходится руководиться мѣстнымъ толкованіемъ закона. *Во всякомъ случаѣ осторожнѣе будетъ не только точно взвѣсить всѣ обстоятельства дѣла, но и посовѣтоваться съ опытнымъ въ этомъ дѣлѣ товарищемъ.* Болѣе рѣдки, но и болѣе просты психіатрическія показанія къ производству преждевременныхъ родовъ.

M. Значеніе психіатріи.

Нѣкоторыя указанія насчетъ значенія психіатріи и ея изученія.

Частота душевныхъ болѣзней довольно велика. Думаютъ, что приблизительно 2 на 1000 населенія больны душевно; однако при этомъ не считаютъ „бывшихъ" душевнобольныхъ, и слабоумныхъ, которыхъ столько же, сколько явныхъ душевнобольныхъ и большинства эпилептиковъ; несомнѣнно, дѣйствительность очень превышаетъ данныя предположительныхъ исчисленій. Болѣе точные расчеты показываютъ, что олигофреники и душевнобольные составляютъ 1 процентъ населенія. Maier, изслѣдуя военнообязанныхъ, повышаетъ этотъ процентъ до двухъ. Германія въ однѣхъ больницахъ призрѣваетъ свыше 100 тысячъ душевнобольныхъ.

Матеріальный ущербъ отдѣльныхъ лицъ не менѣе великъ, чѣмъ ущербъ общества. Паралитикъ, завоевавшій себѣ положеніе и основавшій семью и своею болѣзнью приводящій все къ краху, представляетъ частое явленіе, равно какъ и гебефреникъ, цѣлыхъ полвѣка живущій на счетъ семьи и государства и разоряющій семью.

Къ этому присоединяется своеобразное значеніе душевныхъ болѣзней. Психика представляетъ самое существенное въ человѣкѣ не только для религіи, но и для естественно-научнаго изслѣдованія. Крѣпкія мышцы и здоровыя кости и сейчасъ являются пріятнымъ качествомъ, однако можно управлять всѣмъ міромъ и быть совсѣмъ безъ рукъ и безъ ногъ; между тѣмъ малѣйшее разстройство психическаго механизма можетъ превратить самаго крѣпкаго человѣка въ достойный сожалѣнія объектъ призрѣнія или въ опаснаго врага общества. Это придаетъ психозамъ соціальное значеніе; гораздо болѣе, нежели

другія болѣзни, они расширяютъ кругъ своего вреднаго дѣйствія и лишаютъ самого больного самостоятельности въ его отношеніяхъ къ ближнимъ, извращаютъ или уничтожаютъ его соціальное положеніе. Онъ не можетъ дальше пробивать себѣ дорогу, онъ перестаетъ быть субъектомъ права. Все это относится къ душевнобольному, признанному таковымъ; если же его болѣзнь не сразу узнается, послѣдствія для него, а главное для семьи и для общества еще тяжелѣе. Часто невыносимое положеніе разрѣшается сразу, какъ только діагнозъ бываетъ поставленъ.

Этимъ объясняется глубокое, столь страшное для многихъ значеніе псиxіатрической экспертизы.

Съ каждымъ днемъ значеніе психологическихъ и психопатологическихъ соображеній все увеличивается. Старыя нормы уголовнаго права отстали отъ современныхъ взглядовъ и отношеній; право куетъ теперь новое оружіе для борьбы съ врагами общества. Однако это даетъ плодотворные результаты только въ томъ случаѣ, если будутъ изучать преступниковъ при помощи психіатрическихъ методовъ изслѣдованія и психіатрической непредубѣжденности и изъ этого изученія будутъ выведены всѣ послѣдствія. Психическіе моменты становятся все важнѣе для гражданскаго права; уже и сейчасъ новое швейцарское гражданское уложеніе ставитъ и судьѣ и эксперту настолько крупныя психологическія задачи, что на практикѣ съ ними еле можно будетъ справиться. Юридическое образованіе безъ солидной психологической подготовки дѣлается немыслимымъ.

То же относится и къ другимъ наукамъ. Наши этическіе инстинкты отстали отъ новыхъ соотношеній и подобно другимъ инстинктамъ съ ростомъ культуры перестаютъ удовлетворять, даже иногда прямо вредятъ (напр. инстинктъ мести); религія, которая со временъ Будды считала этику своимъ владѣніемъ, не имѣетъ уже той всеобемлющей силы, какую она имѣла послѣднія два тысячелѣтія; сознательная же этика можетъ вырасти только на почвѣ интимнаго знакомства съ соціальной психологіей человѣка

Исторія становится на психологическую дорогу и тѣмъ самымъ дѣлается понимающей наукой, ибо творитъ исторію человѣческая психика.

Педагогика непосредственно стремится извлечь пользу изъ болѣе глубокаго изученія дѣтской души.

Наша литература послѣдніе полвѣка стала безконечно психологичнѣе, хотя она въ этомъ отношеніи далеко еще не догнала русскую и французскую. Поэзію, а главное ея творцовъ можно истинно понять только путемъ тщательнаго психологическаго изученія.

Особенно плодотворнымъ поприщемъ для работы научной и практической является стоящая на границѣ область между нормой и болѣзнью. Нормальный и средній человѣкъ представляетъ продуктъ приспособленія къ обстановкѣ, онъ по необходимости еле поспѣваетъ за потребностями жизни. Онъ не можетъ себѣ позволить усиленно развивать одно какое либо качество въ ущербъ другимъ, такъ какъ онъ является физической основой будущихъ поколѣній и какъ таковой онъ долженъ быть въ состояніи передать потомству по наслѣдству въ правильномъ соотношеніи всѣ психическіе дары, въ которыхъ нуждается общество. Между тѣмъ культуру двигаютъ впередъ тѣ, кто развитъ односторонне, кто специализируется во внѣ и внутрь и проводитъ раздѣленіе труда, а также тѣ, кто не настолько приспособился, чтобы быть всѣмъ довольнымъ.

Однако въ то время какъ число возможныхъ аберрацій безконечно, полезны изъ нихъ только немногія: большинство аномалій были и будутъ плохіе пророки, неудачливые реформаторы, партійные фанатики, воодушевленные всякими несбыточными мечтаніями, и далѣе тѣ, которыхъ нужно считать уже собственно больными. Знать ихъ во всей болѣзненности ихъ душевной жизни, представляетъ практически важную задачу, которая можетъ очень содѣйствовать оздоровленію общественныхъ отношеній.

Изученіе народной и массовой психологіи, въ которой господствуютъ люди вродѣ вышеописанныхъ, должно расширить наши знанія. Психопаты и душевнобольные, Магометъ, Лойола, Лютеръ, Руссо, Песталоцци, Наполеонъ, Робертъ Мейеръ воздѣйствовали на теченіе культуры одни роковымъ образомъ, другіе благотворно. Психическія эпидеміи отъ крестовыхъ походовъ и плясокъ Св. Витта до трясенія современныхъ школьныхъ дѣтей и

сектантскихъ и партійныхъ стремленій въ религіи, искусствѣ и политикѣ — это видимыя воочію вершины идейныхъ волнъ, въ которыхъ выражается духовная жизнь народовъ и изъ которыхъ вырастаютъ творенія руководящихъ умовъ въ видѣ ли предтечъ, указывающихъ новые пути, или въ видѣ завершенія общаго теченія или протеста противъ него.

Медику въ настоящее время особенно необходима психологическая подготовка. Наивная медицина съ давнихъ поръ была преимущественно психической, знахарь и сейчасъ еще и лѣчитъ и обираетъ своихъ больныхъ психическимъ путомъ; между тѣмъ, развитіе точныхъ методовъ въ медицинѣ послѣднее время вовсе отдалило врача отъ представленій о психикѣ, даже, говоря словами Adolf Meyer'а, создало настоящую „психофобію". Однако и теорія и практика много теряютъ на томъ, что одна сторона человѣка остается въ тѣни, именно та сторона, въ которой аффектъ и идея представляютъ верховный регуляторъ всѣхъ тѣлесныхъ функцій и которая одна предопредѣляетъ соотношеніе врача и больного. Хорошій врачъ практикъ и понынѣ еще (инстинктивно) хорошій психологъ. „Неврозы" возникаютъ и исчезаютъ психическимъ путемъ; „увѣчныя" болѣзни, которыя стоятъ кассамъ (больничнымъ) милліоны и которыя калѣчатъ множество людей, удастся вытравить только съ того момента, когда мы распознали ихъ психическій генезъ: значительная доля другихъ болѣзней въ своихъ проявленіяхъ у каждаго индивидуума видоизмѣняются и поддаются видоизмѣненію путемъ психики. Обычныя жалобы, желудочныя и менструальныя, въ значительной своей части представляютъ психогенныя заболѣванія. Человѣку для счастья необходима въ семьѣ психическая гигіена въ неменьшей степени, чѣмъ физическая: коротко говоря, цѣльнаго человѣка долженъ понимать цѣльный врачъ.

Опытъ и здѣсь — какъ и вездѣ — показалъ, что трудно, прямо невозможно постигнуть суть вещей, изучая одни только повседневныя, нормальныя явленія. Изъ за этого психологія до сихъ поръ не только ничего намъ не дала въ смыслѣ достиженія указанныхъ цѣлей, но еще была помѣхой на пути къ истинному познанію. Только новѣйшія школы (напр. Marbe, Stern) вступили на этотъ путь. Но то, что намъ важно знать, мы узнаемъ только, приглядываясь къ растущей душѣ ребенка, и главнымъ образомъ къ аберраціямъ взрослыхъ въ психопатологіи. Въ настоящее время одна изъ важнѣйшихъ или даже самая важная дорога къ познанію человѣческой души лежитъ черезъ психопатологію.

N. Отдѣльныя душевныя болѣзни.

I. Помѣшательство при поврежденіяхъ мозга.[1])

На первомъ мѣстѣ въ Kräpelin овской классификаціи описывается **помѣшательство при поврежденіяхъ мозга.** Лишь со времени войны мы стали видѣть эти болѣзни въ большемъ количествѣ; онѣ, поэтому, еще недостаточно изучены, хотя съ нѣкотораго времени онѣ уже получили извѣстное значеніе, какъ важное послѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Въ этомъ хаосѣ отдѣльныхъ наблюденій намъ еще недостаетъ руководящихъ точекъ зрѣнія. Наиболѣе важныя картины болѣзни выдѣлены Kraepelin'ымъ; однако исчерпывающаго описанія отдѣльныхъ формъ мы до сихъ поръ не имѣемъ, не имѣемъ также опредѣленныхъ признаковъ для всей этой категоріи.

Сотрясеніе мозга со своими симптомами (потеря сознанія, коллапсъ, рвота и т. д.) знакомо врачамъ изъ хирургіи.

За несчастнымъ случаемъ часто слѣдуетъ **„травматическій бредъ" (острый психозъ отъ сотрясенія),** при этомъ обыкновенные симптомы сотрясенія или предшествуютъ ему или ихъ вовсе не бываетъ. Этотъ бредъ можетъ появиться даже, если и не произошло органическаго поврежденія мозга, напр. при крѣпкомъ ударѣ рукою плашмя, однако онъ тогда продолжается недолго, нѣсколько часовъ или дней. Больные не разбираются въ окружающемъ,

---

[1]) Кромѣ Kraepelin'а см. Schröder. Душевныя разстройства на почвѣ поврежденій мозга. Enke, Stuttgart, 1915.

путаютъ лица, иногда замѣчаются галлюцинаціи, особенно зрительныя. Очень сильное, почти полное нарушеніе способности запоминанія господствуетъ въ картинѣ болѣзни; часто оно осложняется ретроактивной амнезіей, простирающейся на болѣе или менѣе продолжительный періодъ, предшедствовавшій травмѣ. Конфабуляціи заполняютъ пробѣлъ; счетъ, сложныя умственныя функціи неудовлетворительны. Настроеніе большею частью повышенное, въ дальнѣйшемъ появляется „раздражительноеть, ворчливость, упрямство“ (Kraepelin). Больной выражается хорошо, даже живо; однако часто наблюдается координаторная и психическая неувѣренность, даже намекъ на афазическіе симптомы; и въ письмѣ замѣчаются пропуски, перестановки буквъ и т. п. Къ этому присоединяются головныя боли, головокруженіе, обмороки, эпилептиформные припадки, кататоноподобныя явленія и иногда мѣстныя явленія поврежденія мозга. Болѣзнь можетъ развиться непосредственно вслѣдъ за травмой, или постепенно въ теченіе нѣсколькихъ дней или недѣль. Достигнувъ извѣстной высоты, болѣзнь черезъ нѣсколько недѣль очень постепенно улучшается и переходитъ въ выздоровленіе, поскольку поврежденіе мозга не оставляетъ длительныхъ симптомовъ.

Во время войны часто наблюдался преходящій Корсаковскій синдромъ, появляющійся послѣ всевозможныхъ мозговыхъ травмъ, отъ асфиксіи при повѣшеніи до сотрясенія и огнестрѣльныхъ раненій мозга. Мы еще не знаемъ, имѣетъ ли этотъ излѣчимый Корсаковскій синдромъ на почвѣ шока коры какіелибо особенные постоянные признаки. Странно, что описанія аффективной сферы не носятъ единаго характера; наряду съ лябильными и раздражительными формами наблюдаются и торпидныя.

Не рѣдко развиваются обычные симптомы органической душевной болѣзни съ не очень рѣзкой специфической окраской (**травматическое состояніе слабости,** Kraepelin). Больныхъ мучаетъ легкая утомляемость, головокруженіе, чувство оглушенности, головная боль, шумъ въ ушахъ и другіе нервные симптомы. Многіе теряютъ нить разговора, должны вдругъ подумать, припомнить, что они хотѣли сказать. Въ то же время память на свѣжія событія слабѣетъ, въ тяжелыхъ случаяхъ очень рѣзко. А ф ф е к т ы   с т а н о в я т с я   л я б и л ь н ы м и,   о с о б е н н о   р а з д р а ж и т е л ь н о с т ь   м о ж е т ъ   д о х о д и т ь   д о   в ы с ш е й   с т е п е н и   г н ѣ в а;   с ъ   э т и м и   т р а в м а т и к а м и,   п о э т о м у,   т р у д н о   л а д и т ь,   д а ж е   е с л и   и х ъ   и н т е л л е к т ъ   (и п а м я т ь)   п о в и д и м о м у   с о в е р ш е н н о   н е   з а д ѣ т ы. Соціальныя трудности усиливаются еще тѣмъ, что больные обычно п л о х о   п е р е н о с я т ъ   а л к о г о л ь. Основное настроеніе бываетъ нормально или депрессивно; травматиковъ этого рода съ приподнятымъ настроеніемъ я не могу припомнить.

Описанное травматическое слабоуміе можетъ осложниться **эпилептическими припадками.** Попадаются однако больные, у которыхъ вначалѣ не замѣчается особаго разстройства психики, зато появляются эпилептическіе припадки; болѣзнь тогда подобно обыкновенной эпилепсіи ведетъ къ слабоумію; при этомъ раздражительность, особенно сильная по сравненію съ другими симптомами, выдаетъ травматическое происхожденіе (т р а в м а т и ч е с к а я   э п и л е п с і я).

Попадаются **кататоническія состоянія** травматическаго происхожденія; они настолько рѣдки, что я не могу ихъ точнѣе описать. Мышленіе кажется менѣе разстроеннымъ въ сравненіи съ кататоническими симптомами, аффективная сфера сравнительно живая, особенно замѣтка сильная раздражительность. Мѣстные мозговые симптомы указываютъ на травматическій очагъ.

Послѣ поврежденій лобной доли наблюдается иногда слабоумная эйфорія (m o r i a), иногда она сопровождается наклонностью къ остроумничанію.

У дѣтей послѣ поврежденій мозга развиваются различныя формы **идіотіи,** часто онѣ осложняются эпилептическими припадками или по крайней мѣрѣ измѣненіями настроенія и спутанностью, очень похожими на эпилептическія.

Нѣкоторые синдромы появляются только послѣ довольно продолжительнаго скрытаго періода; особенно субдуральныя кровоизліянія только черезъ нѣсколько дней или еще позднѣе доходятъ до такихъ размѣровъ, что начинаютъ вызывать симптомы.

Berger[1]) различаетъ: 1. психозы сотрясенія (коммоціонные), 2. травматическое слабоуміе, 3. травматическія сумеречныя состоянія. Коммоціонные психозы подраздѣляются въ свою очередь на 1. галлюцинаторную спутанность

---

[1]) Травма и психозъ. Julius Springer, Berlin, 1915.

2. психозы съ Корсаковскимъ (= органическомъ) симптомокомплексомъ, 3. психозы съ маніакальной окраской и 4. съ кататоническими симптомами.

Лѣченіе этихъ состояній къ сожалѣнію не даетъ большихъ результатовъ. При бредовыхъ формахъ нужно только выжидать выздоровленія и оберегать больного отъ него самого. Въ хроническихъ формахъ существенно важно избѣгать алкоголя, который обостряетъ симптомы и вызываетъ возбужденіе. Нужно постоянно имѣть ввиду, что этимъ больнымъ нельзя впрыскивать кокаина (зубной врачъ!), ибо этимъ можно вызвать эпилепсію, которая потомъ можетъ не пройти. Иногда можно добиться улучшенія, если вырѣзать рубецъ изъ мозга (чаще изъ мозговыхъ оболочекъ), при этомъ оставить вентиль для уменьшенія давленія: главнымъ образомъ это помогаетъ при эпилептическихъ формахъ, однако чаще пожалуй помогаетъ удаленіе костнаго осколка, раздражающаго мозгъ. Противъ раздражительности иногда помогаетъ бромъ. Еще важнѣе, сохранять полное терпѣніе по отношенію къ больному и не раздражать его. Головная боль и тому подобные симптомы часто только ухудшаются отъ лѣченія, скорѣе они улучшаются, если не обращать на нихъ вниманія.

Чрезвычайно важно, чтобы эти больные не слишкомъ поздно попали въ надлежащія руки для лѣченія; далеко не все равно будутъ ли многочисленные травматики этой войны брошены на произволъ судьбы или же ихъ постараются поддержать, насколько возможно, въ ихъ соціальномъ положеніи путемъ правильнаго лѣченія и воспитанія, какъ самихъ больныхъ, такъ и окружающихъ ихъ. Несомнѣнно, что во многихъ случаяхъ мы не обойдемся безъ особыхъ учрежденій. Нужно помнить, что не только алкоголь опасенъ, но и кокаинъ.

II. Помѣшательство при заболѣваніяхъ мозга.

Значеніе этихъ психозовъ для психіатріи тоже невелико. Практически важна, главнымъ образомъ, основная болѣзнь, однако не нужно забывать и про психозъ, чтобы не принять его за другую душевную болѣзнь.

Наряду съ психическими разстройствами при разныхъ формахъ **менингита** Kraepelin описываетъ еще психозы при **опухоляхъ мозга.** Описаны тутъ самыя разнообразныя разстройства, связь между психозомъ и опухолью часто бываетъ неясна. Иногда большія опухоли могутъ протекать безъ всякихъ психическихъ симптомовъ, а маленькія вызываютъ тяжелыя явленія. Повышеніе мозгового давленія замедляетъ всѣ реакціи, а въ остальномъ можетъ ихъ и не разстраивать. Я видѣлъ случай, гдѣ иногда приходилось по 5 минутъ ждать, пока больной могъ отвѣтить на простой вопросъ; при этомъ отвѣты давались правильные. Теоретически интересно, хотя совершенно необъяснимо, частое появленіе „остроумничанія", можетъ быть это мѣстный симптомъ страданія основанія лобной доли. Интересно также, что по наблюденіямъ Schuster'a опухоли мозолистаго тѣла регулярно даютъ психическіе симптомы.

Тамъ, гдѣ мы при опухоляхъ мозга находимъ ясно выраженную картину психической болѣзни, мы чаще всего имѣемъ дѣло съ органическимъ симптомокомплексомъ (неустойчивость аффектовъ, Корсаковское разстройство памяти и т. п.); это вполнѣ понятно, такъ какъ питаніе мозга легко нарушается in toto. Въ одномъ случаѣ, гдѣ нѣсколько небольшихъ бугорковъ въ корѣ въ теченіе 2 лѣтъ привели больного къ смерти при галлюцинаторныхъ явленіяхъ. я поставилъ неправильный діагнозъ шизофреніи — per exclusionem; специфическихъ признаковъ не было. Раньше, когда шизофренія не была еще точнѣе изучена, со мною произошла такая же вещь въ одномъ случаѣ туберкулезнаго менингита, тянувшагося очень долго, безъ лихорадки съ кататоническими симптомами. Кромѣ того, отъ времени до времени попадаются опухоли мозга, протекающія съ кататонообразными симптомами и безъ психическихъ признаковъ органическаго заболѣванія; мы еще не знаемъ, комбинація ли это обѣихъ болѣзней или своеобразная реакція на опухоль.

Разстройства психики при **множественномъ склерозѣ** въ общемъ имѣютъ характеръ органическаго психоза. Въ области аффекта на первомъ

планѣ часто стоитъ раздражительность, въ другихъ случаяхъ эйфорія или наоборотъ депрессія. Картина болѣзни большею частью оживляется психогенными невротическими симптомами; ихъ легко — и вмѣстѣ съ тѣмъ очень важно — распознать по тому, что они легко поддаются правильной психотерапіи. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ могутъ присоединиться образованіе бреда и деліріозное состояніе. Діагнозъ основывается на неврологическихъ симптомахъ множественнаго склероза.

Kraepelin описываетъ еще **лобарный склерозъ мозга** съ тяжелымъ сморщиваніемъ коры и замѣщеніемъ мозговой ткани посредствомъ гліи. Психически этому соотвѣтствуетъ поглупѣніе и потеря умственной живости, благодаря чему умственный дефектъ кажется тяжелѣе, чѣмъ онъ оказывается при болѣе тщательномъ изслѣдованіи. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ можетъ вмѣсто апатіи развиться извѣстная наклонность къ дѣтскимъ шалостямъ. Къ этому могутъ присоединится мѣстные симптомы со стороны сильнѣе пораженной доли мозга. Болѣзнь ведетъ къ смерти въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Большое значеніе имѣетъ **Huttington'овская хорея**, она почти всегда наслѣдственнаго происхожденія. Я зналъ одну семью, гдѣ четыре поколѣнія были поражены этой болѣзнью. Наслѣдственность здѣсь обычно однородная. Нерѣдко однако находятъ у родныхъ и другія тяжелыя мозговыя страданія, эпилепсію, идіотію и т. п. Психическія и двигательныя явленія подкрадываются незамѣтно, ихъ долго не узнаютъ, появляются они на второмъ — четвертомъ десяткѣ, иногда позже, рѣдко раньше. Этихъ больныхъ часто считаютъ невнимательными и небрежными, ихъ ругаютъ за неловкость, въ которой двигательно-хореическія разстройства повинны не менѣе психическихъ. Хорея сама по себѣ, когда она ясно выражена, очень похожа на Sydenham'овскую, только движенія не такъ рѣзки. Въ области психики наблюдается органическое слабоуміе. Бросается въ глаза безпечность больныхъ по отношенію къ своей болѣзни и вообще къ своимъ обстоятельствамъ. Когда больные уже не въ состояніи говорить и писать, они не даютъ себѣ труда какъ нибудь иначе столковываться. Я никакъ не могъ побудить этихъ больныхъ на какіе либо эксперименты, которые дали бы мнѣ возможность выдѣлить специфическіе признаки. Измѣненія настроенія не рѣдки, однако онѣ почти никогда не достигаютъ степени маніи или меланхоліи.

Болѣзнь ведетъ къ смерти въ теченіе нѣсколькихъ десятилѣтій неуклонно или съ небольшими колебаніями, при все усиливающейся душевной инвалидности.

Въ мозгу находятъ тяжелое диффузное страданіе нервныхъ элементовъ, оно еще не настолько изучено, чтобы дать возможность ставить анатомическій діагнозъ.

Kraepelin къ этой же группѣ относитъ **амавротическую идіотію** Tay-Sachs'a, которая поражаетъ большею частью еврейскихъ дѣтей въ первый годъ жизни, часто нѣсколькихъ изъ одной семьи. Въ теченіе многихъ мѣсяцевъ (до 2-хъ лѣтъ) всѣ психическія и моторныя функціи погибаютъ; одновременно развивается слѣпота, которая характеризуется офтальмоскопически своеобразной матово-блѣдной окраской желтаго пятна съ вишнево-красной точкой посрединѣ. Дѣти умираютъ въ безпомощномъ состояніи. Въ основѣ болѣзни лежитъ диффузное своеобразное разрушеніе гангліозныхъ клѣтокъ мозга.

У старшихъ дѣтей тоже описаны перерожденія мозга, будто бы похожія на амавротическую идіотію. Они очень рѣдки.

III. Отравленія.

1. Острыя отравленія.

Къ острымъ отравленіямъ Kraepelin относитъ **урэмію**, она тѣмъ важна, что при ней наблюдаются типичные эпилептиформные припадки, и кромѣ того она можетъ протекать подъ видомъ любыхъ мѣстныхъ церебральныхъ симптомовъ. Урэмическій психозъ какъ таковой протекаетъ большею частью подъ видомъ самыхъ различныхъ бредовыхъ состояній; специфическія ихъ особенности — если таковыя вообще существуютъ — не извѣстны: въ большинствѣ случаевъ психозъ довольно внезапно кончается смертью.

Эклямпсія беременныхъ и родильницъ отличается эпилептиформными припадками, наряду съ этимъ иногда бываютъ бредовыя состоянія.

Отравленіе окисью углерода можетъ — послѣ пробужденія больныхъ отъ наркоза — протекать въ видѣ сумеречныхъ состояній, продолжительностью отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней. Мозговые и периферическіе параличи часто осложняютъ болѣзнь. Если больные не совсѣмъ поправляются, то въ качествѣ слѣдствія диффузнаго разрушенія мозгового вещества остается органическій симптомокомплексъ, на первомъ планѣ стоитъ большею частью выпаденіе памяти и депрессія. Между первымъ (угаромъ) и позднѣйшимъ развитіемъ симптомовъ можетъ быть иногда промежутокъ въ нѣсколько дней или даже недѣль безъ видимыхъ разстройствъ.

Остальныя отравленія мы знаемъ больше токсикологически, чѣмъ психіатрически. Болѣе изучено алкогольное опьяненіе, хотя и тутъ не мѣшало бы намъ знать больше. Вульгарныя формы опьяненія психіатрія игнорируетъ; однако особаго разсмотрѣнія заслуживаютъ нѣкоторыя необычныя проявленія:

Патологическое опьяненіе.[1])

Какъ извѣстно дѣйствіе остраго алкогольнаго отравленія индивидуально и кромѣ того различно въ зависимости отъ случайной оостановки. Иногда эти колебанія доходятъ до степени ненормальныхъ реакцій; сообразно съ ихъ практическимъ значеніемъ ихъ объединяютъ общимъ названіемъ патологическое опьяненіе.[2]) „Пьяное горе“ представляетъ уже ненормальную реакцію, однако его не причисляютъ къ этой категоріи. Патологическое опьяненіе — это внезапное вызванное алкоголемъ возбужденіе или сумеречное состояніе, съ неправильнымъ пониманіемъ обстановки зачастую также съ галлюцинаціями, иллюзіями и взрывами аффекта — главнымъ образомъ страха и ярости. Въ отдѣльныхъ случаяхъ весь болѣзненный процессъ можетъ закончиться меньше, чѣмъ въ минуту, большею частью однако онъ тянется дольше, даже нѣсколько часовъ.

Обычно имѣются предрасполагающіе моменты: постоянные и случайные. Къ первымъ относятся всякаго рода невропатическій складъ, главнымъ образомъ эпилептическій и шизофреническій, по Heilbronner'у часто истерія (напр. у проститутокъ), а также травмы мозга. Не слѣдуетъ, конечно, смѣшивать предрасположеніе съ тѣмъ, что больной плохо переноситъ алко-

---

[1]) Heilbronner, О патологическихъ состояніяхъ опьяненія. Münch. Med. Woch. 1901, стр. 962.

[2]) Такъ какъ всякое опьянѣніе патологично, было предложено называть эти состоянія „осложненнымъ опьяненіемъ“. Однако, принятое до сихъ поръ названіе оправдывается теоретическими соображеніями и кромѣ того очень важно въ судебной медицинѣ, гдѣ вопросъ ставится: болѣзненно или нѣтъ данное явленіе? Раньше употребляли названіе „mania ebriosa“ и т. п. „Безчувственное опьяненіе“ отличается отъ патологическаго тѣмъ, что при немъ можетъ не быть качественно необычныхъ симптомовъ.

голь, т. е. небольшія количества вызываютъ непомѣрно сильное дѣйствіе, но опьяненіе не сопровождается качественными аномаліями. Хроническій алкоголизмъ самъ по себѣ можетъ создать почву: многіе пьяницы начинаютъ страдать патологическимъ опьяненіемъ тогда, когда они достигаютъ извѣстной степени алкогольной дегенераціи.

Къ случайнымъ предрасполагающимъ моментамъ относится все то, что ослабляетъ организмъ, переутомленіе, ночное бодрствованіе, сильная жара или холодъ, общеизвѣстный факторъ въ видѣ аффективныхъ волненій, половое возбужденіе, „питье со злости".

При этихъ условіяхъ приступъ можетъ быть вызванъ ничтожнымъ количествомъ алкоголя, напр. двумя стаканами пива. Сначала больной ничѣмъ не обращаетъ на себя вниманія, затѣмъ онъ дѣлается раздражительнымъ или начинаетъ пугаться, и тутъ же начинаетъ буйствовать, съ яростью на всѣхъ и все накидывается.

Иногда пароксизмъ вспыхиваетъ по какому либо поводу — перебранка, замѣчаніе, приходъ полицейскаго, а иногда пьяница безъ видимой причины слѣпо кидается на случайно вошедшаго человѣка. Одинъ студентъ внезапно запустилъ товарищу въ голову полной салатницей: видимо вслѣдсвіе спазма аккомодаціи онъ увидѣлъ товарища въ очень уменьшенномъ видѣ и хотѣлъ такимъ путемъ удостовѣриться, какой онъ дѣйствительно величины. Бываетъ также, что больной сначала засыпаетъ, а потомъ вдругъ просыпается въ ярости, или же когда его будятъ, ему становится страшно и онъ хватается за ножъ. Иногда въ видѣ прелюдіи къ спутанности появляется эпилептиформный припадокъ. И во время пароксизма могутъ — правда рѣдко — появиться такіе припадки; по Heilbronner'у наблюдается патологическое опьяненіе, при которомъ двигательныя явленія состоятъ преимущественно изъ безсмысленныхъ ритмическихъ движеній.

При этомъ возбужденіи не наблюдаются алкогольныя разстройства координаціи (заплетающійся языкъ, пошатываніе).[1]) Большею частью замѣчается сильный приливъ къ головѣ, біеніе сонныхъ артерій, застывшій взглядъ. Больной неправильно воспринимаетъ обстановку подъ вліяніемъ зрительныхъ, рѣже слуховыхъ, иллюзій и галлюцинацій. Оріентировка рѣзко нарушена; больнымъ овладѣваютъ „тоскливые, фантастическіе страхи", бредовымъ образомъ онъ въ страхѣ все относитъ къ себѣ. Рѣже больные дѣйствуютъ подъ вліяніемъ изолированной, большею частью неясной идеи, какъ при снохожденіи, поджигаютъ домъ какимъ нибудь страннымъ образомъ и т. п. (алкогольное сумеречное состояніе). Картина болѣзни можетъ походить на delirium tremens или острое алкогольное помѣшательство.

Вся сцена заканчивается почти всегда продолжительнымъ наркотическимъ сномъ, отъ котораго больной просыпается съ тяжелой головой, ничего не помня и не зная, что произошло. Въ болѣе

[1]) Конечно отчасти потому еще, что опьяненіе съ разстройствомъ координаціи не считаютъ патологическимъ. Точную границу провести однако трудно.

рѣдкихъ случаяхъ амнезія не полная, или она развивается позже, примѣрно въ теченіе слѣдующаго дня, иногда даже послѣ того, какъ больной уже сознался въ совершенномъ тогда преступленіи.

У нѣкоторыхъ людей такой припадокъ бываетъ разъ въ жизни, съ другими, особенно съ тяжелыми алкоголиками это можетъ случаться часто. Во всякомъ случаѣ, насколько я знаю, описанныя явленія наблюдаются у каждаго индивидуума въ видѣ исключенія, наряду съ нимъ бываютъ и нормальныя опьяненія. Тѣмъ не менѣе бываютъ пьяницы, у которыхъ каждое опьяненіе вызываетъ „пьяныя галлюцинаціи" — то въ смыслѣ delirium tremens, то въ смыслѣ алкогольнаго помѣшательства или бреда ревности, однако реакція при этомъ много слабѣе; даже когда больной дерется, буйствуетъ и рѣжетъ, онъ это дѣлаетъ не такъ слѣпо, а до извѣстной степени планомѣрно, считаясь съ людьми и дѣйствительными соотношеніями.

Bonhoeffer называетъ первую группу патологическихъ опьяненій эпилептоидными, вторую — бредовыми (делиріозныя состоянія, наблюдающіяся какъ будто только у алкоголиковъ). Ziehen не безъ основанія считаетъ всякое патологическое опьяненіе сумеречнымъ состояніемъ.

Если у одного и того же индивидуума патологическое опьяненіе повторяется, часто можно наблюдать большое сходство между отдѣльными приступами.

Для дифференціальной діагностики нужно доказать наличіе предрасположенія, потомъ разстройство оріентировки (при этомъ не исключается возможности вѣрно узнать какое нибудь одно лицо или улицу), отсутствіе внѣшнихъ мотивовъ, страхъ, гнѣвъ (послѣдній можетъ какъ будто имѣть въ основѣ споръ, затѣянный еще въ трезвомъ состояніи, а на самомъ дѣлѣ споръ этотъ только подготовилъ аффективную почву), обманы чувствъ, отсутствіе координаторныхъ разстройствъ и продолжающееся буйство даже послѣ того, какъ больного уложили въ постель (обычно пьяные при этомъ быстро засыпаютъ). Когда за критическимъ сномъ не послѣдуетъ амнезія, трудно рѣшиться признать опьяненіе патологическимъ, если нѣтъ на лицо другихъ ясныхъ признаковъ болѣзни (галлюцинаціи, разстройство оріентировки); въ то же время, нужно подчеркнуть наоборотъ, что обыкновенное опьяненіе не такъ ужъ рѣдко влечетъ за собою потерю памяти. Если удается доказать, что количество выпитаго алкоголя настолько ничтожно, что оно въ нормѣ не могло вызвать никакихъ явленій отравленія, тогда трудно спорить противъ признанія болѣзни, хотя это еще не можетъ служить доказательствомъ разстройства сужденія.

Лѣченіе. Если больной продолжаетъ буйствовать у врача, рѣдко можно обойтись безъ связыванія. Уговоры не помогаютъ нисколько. Правда, разъ одному врачу удалось погрузить въ гипнотическій сонъ больного въ самый тотъ моментъ, когда онъ былъ занятъ разрушеніемъ своей комнаты (больного этого мы прежде гипнотизировали). Изъ narcotica самое большее можно примѣнить іосцинъ (съ морфіемъ); однако тутъ его дѣйствіе и въ максимальныхъ дозволенныхъ дозахъ невѣрно. Зато можно, тщательно слѣдя за сердцемъ, примѣнить наркозъ въ собственномъ смыслѣ слова посредствомъ эѳира или хлороформа.

2. Хроническія отравленія.

A. Alcoholismus chronicus.

Симптомы хроническаго алкогольнаго отравленія со временъ Magnus Huss (1852) носятъ общее названіе хроническаго алкоголизма. Симптомы эти бываютъ физическіе и психическіе; первые особенно важны для психіатра, такъ какъ наличіе ихъ легче всего можетъ убѣдить публику, что мы имѣемъ дѣло съ болѣзнью.

Общеизвѣстно расширеніе сосудовъ, особенно на лицѣ; изъ за этого лицо въ легкихъ случаяхъ краснѣе, чѣмъ въ нормѣ. Въ нѣкоторыхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ особенно выступаетъ расширеніе венъ на носу и прилегающихъ частяхъ щекъ; въ концѣ концовъ красноватый цвѣтъ переходитъ въ синій, въ отдѣльныхъ случаяхъ развивается acne rosacea. Однако у большинства пьяницъ дѣло не доходитъ до такого обезображиванія.

Употребленіе алкоголя считаютъ также одной изъ причинъ артеріосклероза; не знаю, такъ ли это.

Со стороны сердца наблюдается алкогольное ожирѣніе, которое при воздержаніи проходитъ, и вновь появляется, если вновь начать пить. Оно представляетъ самую важную причину обычныхъ симптомовъ недостаточности циркуляціи, неправильнаго пульса, расширенія сердца („пивное сердце"); хроническій міокардитъ тоже наблюдается у пьяницъ чаще, чѣмъ у другихъ людей.

У алкоголиковъ обычно наблюдается болѣзнь, вообще говоря не очень частая — настоящій[1] катарръ желудка; циррозъ печени практически всегда алкогольнаго происхожденія, а жировое перерожденіе очень часто. Предполагаютъ также существованіе алкогольной сморщенной почки.

Состояніе питанія бываетъ различно. Въ тяжелыхъ случаяхъ больной имѣетъ одутловатый видъ или болѣе или менѣе выраженный маразмъ, первое преимущественно вначалѣ, второе въ болѣе позднихъ стадіяхъ болѣзни. Думаютъ, что хорошій общій видъ наблюдается у лицъ, пьющихъ пиво или вино, плохой у пьющихъ водку.

Въ случаяхъ, далеко зашедшихъ, почти всегда имѣются функціональныя разстройства. Общеизвѣстно дрожаніе, обычно оно равномѣрно и невелико, только въ тяжелыхъ случаяхъ оно принимаетъ характеръ грубаго разстройства движеній, особенно сильнаго натощакъ; оно именно заставляетъ пьяницу выпить первую утреннюю рюмку прямо со стола, такъ какъ въ рукѣ онъ бы ее расплескалъ. Больные часто истинктивно научаются скрывать или подавлять дрожаніе; такъ напр. они такъ просто не растопырятъ пальцевъ, такъ какъ тогда tremor обозначается особенно отчетливо; чтобы они это сдѣлали, нужно этого спеціально отъ нихъ требовать. Въ единичныхъ случаяхъ больные могутъ усиліемъ воли на нѣкоторое время совершенно подавить это разстройство.

---

[1]) То что обычно называютъ этимъ именемъ не что иное, какъ нервное разстройство.

Изрѣдка tremor задѣваетъ и глазныя мышцы въ видѣ нистагма.

Кромѣ того, иногда наблюдаются подергиванія въ разныхъ мышцахъ, наклонность къ судорогамъ въ икрахъ; въ позднѣйшихъ стадіяхъ пьяницы ослабѣваютъ, походка становится неувѣренпой, лицо дѣлается вялымъ, какъ у паралитика.

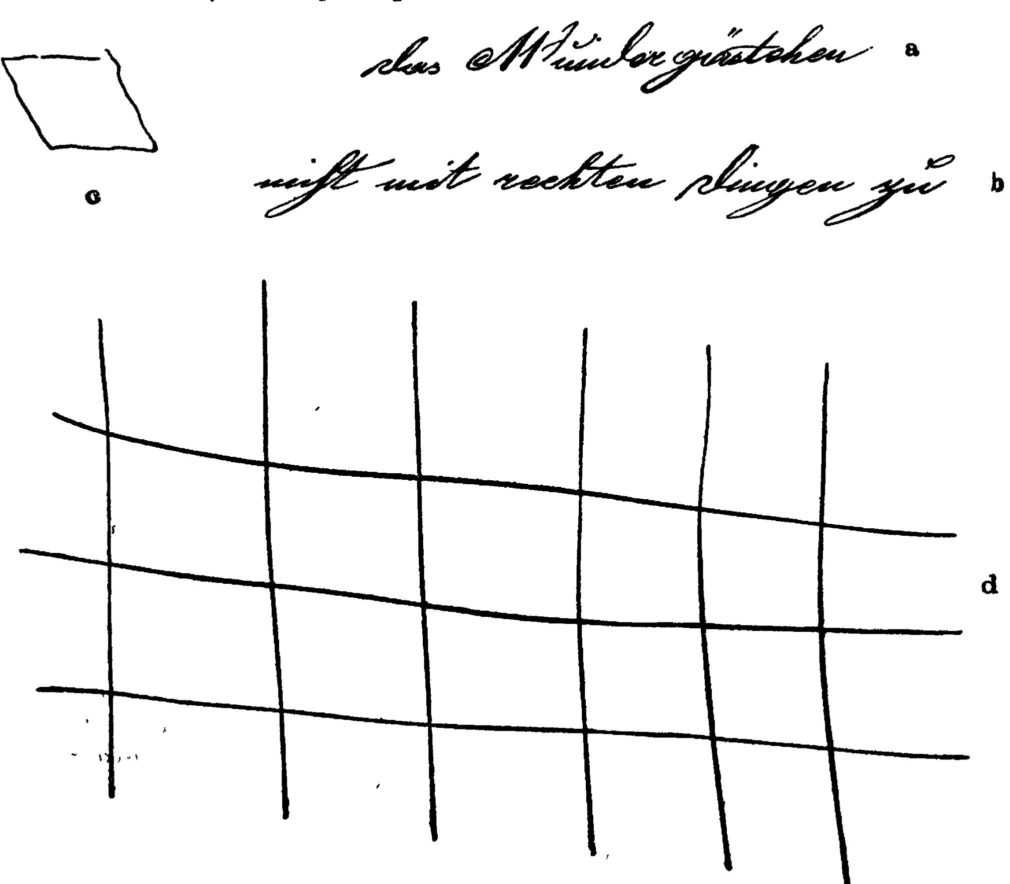


Рис. 1. Почеркъ и рисунокъ алкоголички; tremor у нея былъ сразу замѣченъ, однако она на короткое время могла его подавить; а дрожь замѣтна еще въ буквахъ d, t, h; b образчикъ позднѣйшаго періода; здѣсь tremor'а нѣтъ. Въ рисункѣ: c дрожаніе еще ясно видно, d въ крупныхъ линіяхъ больной удалось совершенно подавить дрожаніе.

Въ томъ состояніи, въ которомъ больные поступаютъ въ больницу, *зрачки* часто у нихъ реагируютъ плохо, бываютъ также неравномѣрны; послѣ нѣкотораго періода воздержанія все приходитъ въ норму. Существуетъ, хотя относительно рѣдко, алкогольная *атрофія зрительнаго нерва* съ поблѣднѣніемъ височной части соска и цвѣтной скотомой. Еще болѣе рѣдки *параличи* глазныхъ мышцъ.

Въ зависимости отъ состоянія анатомическихъ перерожденій *глубокіе рефлексы* часто повышены, рѣже они понижены или отсутствуютъ.

Въ сферѣ *чувствительности* можно при тщательномъ изслѣдованіи найти мѣстное пониженіе чувствительности въ отдѣльныхъ участкахъ кожи, особенно на голеняхъ, вслѣдствіе перерожденія отдѣльныхъ кожныхъ вѣточекъ; больные чувствуютъ гдѣ то глубоко неопредѣленныя боли, которыя принимаютъ за ревматическія. Дур-

ная голова, головокруженіе, mouches volantes, шумъ въ ушахъ и тому подобныя разстройства составляютъ большею частью признаки продолжающагося остраго отравленія.

Пищевареніе часто разстраивается. Обычнымъ довольно вѣрнымъ признакомъ хроническаго алкоголизма является vomitus matutinus, съ этой рвотой выдѣляется только щелочная слюна (у женщинъ нужно исключить беременность!).

Сонъ неравномѣрный, то плохой, безпокойный, то тяжелый. Болѣе тяжелая степень алкоголизма выражается между прочимъ и въ томъ, что больные вечеромъ чувствуютъ потребность напиться, чтобы тяжело завалиться въ постель.

Потенція слабѣетъ въ позднихъ стадіяхъ и часто падаетъ до нуля; дольше держится libido, которая вначалѣ обычно очень взвинчивается.

Тяжелая степень отравленія мозга сказывается отдѣльными эпилептическими припадками; они появляются часто послѣ особенно сильной выпивки, однако при чистомъ алкоголизмѣ они далеко не такъ часты, какъ при delirium tremens.

Въ обычныхъ описаніяхъ психическихъ разстройствъ всегда говорится прежде всего про „этическое вырожденіе“, „притупленіе болѣе тонкихъ чувствъ“, „нравственное огрубѣніе“. Необходимо констатировать, что эта характеристика въ томъ видѣ, какъ ее всегда дѣлаютъ, не вѣрна. Алкоголикъ, бывшій раньше приличнымъ человѣкомъ, остается пріятнымъ, любезнымъ собесѣдникомъ въ пѣвческомъ обществѣ и за стаканчикомъ; онъ можетъ проливать горячія слезы по поводу несчастій своего сосѣда, загорѣться пламеннымъ воодушевленіемъ ради политическихъ и нравственныхъ цѣлей, очень тонко выражать и даже чувствовать добро и зло; онъ можетъ другимъ читать прекрасныя нравоученія; если онъ художникъ или поэтъ, онъ можетъ создать творенія искусства, свидѣтельствующія о тонкомъ чутьѣ въ области этики и такта. Тамъ, гдѣ аффективность не играетъ роли, онъ можетъ — до позднихъ стадій болѣзни включительно — недурно соображать. Однако, нельзя сказать, что описанія возмутительной грубости и безразсудныхъ поступковъ алкоголиковъ ни на чемъ не основаны: эти больные безразсудны подъ вліяніемъ аффектовъ и грубы при опредѣленныхъ условіяхъ, напр. дома, гдѣ имъ приходится испытывать явные или нѣмые упреки семьи, на работѣ, гдъ имъ не сидится и откуда они бѣгутъ для выпивки, при ссорѣ въ извѣстной стадіи опьяненія. Люди, имѣвшіе хорошіе задатки и еще теперь способные на тонкія чувства, составляютъ большинство. Наряду съ ними имѣются другіе, во всѣхъ отношеніяхъ „опустившіеся“, отчасти слабохарактерные, постоянно поддающіеся соблазну перенять нравы окружающихъ, вслѣдствіе чего грубость переходитъ у нихъ въ привычку; отчасти же это больные, которыхъ алкогольная атрофія мозга сдѣлала раздражительными, малоразсуждающими дѣтьми. Къ третьей категоріи относятся лица, отъ природы грубыя и вообще нравственно дефективныя, подъ вліяніемъ алкоголя потерявшія задерживающіе импульсы, которые ихъ раньше сдерживали. Правда, съ этими людьми мы, какъ

психіатры, чаще всего имѣемъ дѣло; однако ихъ грубость происходитъ не отъ алкоголя, онъ ее только выявляетъ и усиливаетъ. Только послѣднія двѣ категоріи соотвѣтствуютъ распространенному представленію объ алкоголикахъ. Вообще же всѣ три указанныя категоріи представляютъ главныя формы, имѣющія много комбинацій и переходовъ, которые можно себѣ представить.

Особенно дѣлаетъ алкоголиковъ опасными „сиренами" то, что въ подходящихъ случаяхъ они могутъ обнаруживать подлинныя лучшія чувства, причемъ эти люди нисколько не лицемѣрятъ. Они могутъ еще занимать важные общественные посты, не бросаясь ничѣмъ въ глаза, хотя дома они бьютъ жену, расхаживаютъ голые въ присутствіи дѣтей и т. п. Они считаютъ, что дѣлаютъ все, что нужно для семьи; они могутъ обнаружить полное раскаяніе и расточать самыя широкія обѣщанія. Кто ихъ не знаетъ, какъ слѣдуетъ, готовъ имъ повѣрить, ибо они и сами вѣрятъ въ свою искренность. Но стоитъ измѣниться внѣшнему положенію, и возвышенныя чувства уступаютъ мѣсто совершенію другимъ, но опять же подлиннымъ, всецѣло захватывающимъ человѣка.

Мать 13 дѣтей заболѣваетъ ракомъ матки. Мужъ алкоголикъ торжественно, съ букетомъ, навѣщаетъ ее въ больницѣ каждое воскресеніе. Въ концѣ концовъ ему надоѣло тратить эти нѣсколько грошей, и онъ хочетъ взять жену домой. Дома онъ съ ней по прежнему плохо обращается и такъ какъ карцинома издаетъ зловоніе, онъ за обѣдомъ отпускаетъ безобразную остроту, что къ обѣду у нихъ картофель съ раками.

Въ одномъ судебномъ случаѣ было констатировано нижеслѣдующее: одинъ алкоголикъ, выпивъ фруктоваго вина и 4 децилитра водки, изнасиловалъ своего ребенка и хотѣлъ изнасиловать другого на глазахъ у матери. Передъ женой онъ хвасталъ, что лишилъ ребенка невинности въ день причастія. Другого ребенка онъ послалъ къ матери и велѣлъ сказать, что онъ вырветъ ему всѣ волосы изъ pubes (причемъ онъ употребилъ самыя отвратительныя выраженія). Жену онъ билъ до синяковъ по всему животу, причинилъ ей рану на головѣ, ошпарилъ ее кипяткомъ, и потомъ помочился ей на лицо (можетъ быть для того, чтобы лѣчить рану безъ врача). Побои длились два дня, при чемъ онъ разъ заставилъ дѣтей держать мать, а самъ билъ ее веревкой. Наконецъ, женѣ удалось въ рубашкѣ спастись бѣгствомъ къ сосѣдямъ; мужъ остался дома. Черезъ два дня одинъ изъ сосѣдей принесъ ему молока: нельзя же, молъ его оставить помереть съ голоду. Тутъ злодѣй выказалъ такое раскаяніе, проливалъ столь горючія слезы, что сосѣдъ (крестьянинъ) тоже разревѣлся и привелъ обратно жену и дѣтей и всѣ, растроганные, плакали вмѣстѣ. Дѣло насчетъ дѣтей дошло до суда, причемъ мужъ опять взводилъ на жену самые гадкіе поклепы. — Упомянутая сцена съ побоями не была чѣмъ либо исключительнымъ, новостью было только изнасилованіе дѣтей.

Обычныя описанія имѣютъ въ виду почти исключительно категорію грубыхъ отъ природы, и затрагиваютъ только частично — и то только съ темной стороны — гораздо болѣе многочисленную категорію людей, бывшихъ раньше вполнѣ добропорядочными; изъ за этого часто не ставится вѣрный діагнозъ: не хватаетъ духу назвать алкоголикомъ человѣка, который только что еще велъ себя такъ мило и обнаруживалъ столько чувства. И наоборотъ, многія грубыя и жестокія натуры, которыя между прочимъ выпиваютъ, совершенно напрасно считаются алкоголиками, ихъ непріятныя психическія качества могутъ зависѣть не отъ питья.

Такимъ образомъ, этическій дефектъ алкогольнаго происхожденія состоитъ не въ потерѣ этическихъ чувствъ, а въ рѣзкой смѣнѣ чувствъ вообще и въ томъ, что любое случайное настроеніе, любой

минутный аффектъ всецѣло овладѣваетъ человѣкомъ, его помыслами и волей. Явленіе того же характера, какъ и при такъ называемомъ этическомъ дефектѣ органиковъ; у алкоголиковъ только рѣзче проступаетъ двойственность, такъ какъ интеллектъ самъ по себѣ недурно сохраняется, между тѣмъ у паралитика потеря этики можетъ легко казаться частнымъ симптомомъ общаго слабоумія.

Наиболѣе существенное измѣненіе аффектовъ алкоголика составляетъ ихъ неустойчивость, съ ней всегда связана усиленная аффективная окраска всѣхъ переживаній и слѣдовательно сильная власть аффектовъ. Больной можетъ безконечно скорбѣть о положеніи своихъ дѣлъ, о несчастіи, въ которое онъ ввергъ семью, но не пройдетъ и четверти часа, какъ онъ уже весело и беззаботно сидитъ за рюмкой, тутъ же онъ можетъ впасть въ ярость и тяжело оскорбить своего лучшаго друга и словомъ, и дѣйствіемъ. Практически, конечно, моральная цѣнность такого человѣка не выше цѣнности совершенно дефективнаго въ моральномъ отношеніи; какой толкъ его женѣ отъ того, что онъ иногда съ ней нѣженъ, когда тутъ же онъ можетъ ее изругать, избить? Чтобы поправить дѣло, нужно время, а неловкость, грубость и несчастіе могутъ случиться въ секунду возбужденія.

Одинъ алкоголикъ (по Benoit) на балу устроилъ дѣвушкѣ сцену ревности; та его изъ за этого бросила. Съ отчаянія онъ вѣшается, его вынимаютъ изъ петли, и онъ танцуетъ дальше.

Естественно, что неустойчивые аффекты лишаютъ стремленія и поступки всякаго постоянства. Пьяницы легко берутся за новые планы, бросаютъ старые и въ концѣ концовъ ничего толкомъ не дѣлаютъ. Отсутствіе цѣльности въ настроеніи отнимаетъ у нихъ въ области характера выдержку и настойчивость стремленій, а въ области характера единство цѣлевого направленія. Такъ какъ и разсужденіе у нихъ подчиняется вліянію аффектовъ, они не могутъ осмыслить сложныя соотношенія, въ которыхъ играютъ роль аффекты напр. положеніе своихъ собственныхъ дѣлъ; суть дѣла смѣшивается съ второстепенными деталями ибо и то и другое аффективно окрашено.

При такой нивелировкѣ чувствъ въ смыслѣ повышенной живости, естественно страдаетъ или совершенно подавляется стремленіе къ болѣе высокому. Больному совершенно достаточно, если удовлетворяются его ближайшія потребности. Это выражается и въ его этическомъ реагированіи; алкоголикъ, понедѣльничавшій какъ слѣдуетъ, стѣсняется во вторникъ выйти на работу — и прогуливаетъ всю недѣлю; онъ считаетъ позоромъ поступить въ лѣчебницу для алкоголиковъ и не видитъ позора своего алкоголизма.

Слабоволіе алкоголиковъ тоже имѣетъ въ основѣ главнымъ образомъ неустойчивость аффектовъ: самыя торжественныя обѣщанія они черезъ пять минутъ могутъ нарушить, имъ ни въ чемъ не хватаетъ выдержки, изъ за этого они — въ болѣе тяжелыхъ стадіяхъ—очень легко уходятъ съ мѣста, мѣняя его на другое, а чаще просто такъ, потому что тутъ имъ больше не нравится. Раньше и сильнѣе всего конечно ихъ слабоволіе проявляется въ ихъ отношеніи къ собственному влеченію.

Все это и особенно алкогольное легкомыслiе имѣетъ еще одну причину: постоянную эйфорическую окраску аффективности, которая позволяетъ больному не чувствовать горя или во всякомъ случаѣ находить, что дѣло не такъ плохо, какъ другимъ кажется. Большинство пьяницъ цѣлую недѣлю могутъ считать плохой шуткой такое серьезное обстоятельство, какъ интернированiе ихъ въ домѣ умалишенныхъ. Больной говоритъ, что онъ „вотелѣ, гдѣ лѣчатъ большихъ дураковъ", онъ „немного погорячился, слишкомъ повздорилъ со своей горничной (recte: своей женой)".

Всѣ представленiя пьяницы окутаны дымкой этого эйфорическаго настроенiя. Даже когда послѣ нѣсколькихъ мѣсяцевъ воздержанiя они начинаютъ все понимать, они все таки считаютъ всю пучину грязи и несчастiя чѣмъ то прекраснымъ, отъ чего приходится отказаться. Презрѣнiе согражданъ, паденiе на одну ступень съ низкими подонками общества, на которыхъ онъ раньше смотрѣлъ съ отвращенiемъ, все это мало трогаетъ больного; чувство чести исчезло. Правда имѣется еще сильное тщеславiе, но и то не на надлежащемъ мѣстѣ. Больные постоянно хвастаютъ, но все на словахъ, на дѣлѣ у нихъ не то. Они хвастаюъ числомъ опорожненныхъ стакановъ, своею твердостью по отношенiю къ увѣщанiямъ жены, но хвастаютъ также и несуществующими вещами: своимъ пониманiемъ, знанiемъ, работоспособностью, своей честностью. Пока въ пьяницѣ сидитъ еще алкогольное легкомыслiе и эйфорiя, нѣтъ возможности возбудить въ немъ гордость и побудить его толкомъ на что нибудь дѣльное. Эйфорiя исчезаетъ постепенно, послѣ многихъ мѣсяцевъ полнаго воздержанiя, хотя въ психiатрической больницѣ часто наблюдается уже послѣ нѣсколькихъ недѣль немного повышенная раздражительность, отъ болѣе яснаго пониманiя своего вынужденнаго положенiя.

Всѣ эти аффективныя разстройства косвенно ослабляютъ также способность сужденiя: у кого чувства постоянно мѣняютъ свою цѣль, тому никогда не удастся основательно продумать нѣсколько болѣе сложную вещь; кто находится весь во власти аффектовъ, у того всегда мысли идутъ по линiи этихъ аффектовъ; кто благодаря болѣзненной эйфорiи видитъ все въ розовомъ свѣтѣ, не можетъ учесть плохихъ моментовъ и невѣрно разсуждаетъ.

Однако помимо этого наблюдаются непосредственныя алкогольныя разстройства интеллекта, возникающiя не вышеописаннымъ кружнымъ путемъ; въ теченiе многихъ лѣтъ они могутъ быть нерѣзко выражены. Ассоцiации становятся поверхностными, чисто внѣшними; больной вмѣсто главной темы останавливается на деталяхъ; очевидной иллюстрацiей могутъ служить типичныя „пивныя остроты".

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ ассоцiации одновременно съ этимъ суживаются; больному трудно осмыслить сложныя вещи, даже когда нѣтъ противодѣйствiя аффектовъ.

Кромѣ того алкоголику очень трудно дается репродукцiя. Въ разсказахъ онъ перевираетъ благодаря измѣненiямъ и добавленiямъ. Особенно замѣтна потребность въ причинномъ закругленiи. Разсказывая напр. басню объ ослѣ, нагруженномъ

солью многіе алкоголики отъ себя добавляютъ причину, почему оселъ пошелъ въ воду (было жарко; ему очень пить хотѣлось; ноша была слишкомъ тяжела и т. д.).

Съ этимъ связана усиленная потребность и повышенная способность къ отговоркамъ и оправдываніямъ. Какъ извѣстно, нѣтъ ничего такого, что не могло бы служить предлогомъ выпить: жара и холодъ, движеніе и покой; нѣтъ профессіи, которая бы не оправдывала употребленія алкоголя — самое замѣчательное то, что какъ люди съ высшимъ образованіемъ, такъ и неграмотные излагаютъ эти причины въ одинаковыхъ выраженіяхъ и съ одинаковой несокрушимой вѣрой въ ихъ убѣдительность. И въ остальныхъ вещахъ пьяница отличается большой потребностью во всякаго рода оправданіяхъ и большой изобрѣтательностью въ этомъ отношеніи.

Сильная аффективность при неясномъ мышленіи порождаютъ у алкоголика болѣзненную наклонность относить все къ себѣ. Даже хорошо сохранившіеся люди нерѣдко, пересказывая упомянутую выше басню ставятъ осла и воду въ связь съ собой.

То обстоятельство, что больной все относитъ къ себѣ, служитъ однимъ изъ корней алкогольнаго недовѣрія, которое сначала направлено противъ родныхъ, а потомъ распространяется и на всѣхъ тѣхъ, кто пытается исправить больного или очень терпитъ отъ него, а между тѣмъ въ общеніи со своими собутыльниками, даже самыми опустившимися, онъ проявляетъ большую довѣрчивость, которая между прочимъ можетъ впутать больного въ очень невыгодныя дѣла. Это тѣмъ опаснѣе, что алкоголики въ соотвѣтствіи съ состояніемъ своей аффективности обладаютъ повышенной положительной, а также отрицательной внушаемостью. Кто имъ угождаетъ, тотъ можетъ ихъ какъ угодно использовать; во всемъ остальномъ, особенно когда рѣчь идетъ о нотаціяхъ, они упрямы и непослушны.

Память алкоголиковъ становится неточной. Правда при экспериментахъ они даютъ не меньше, скорѣе даже больше отвѣтовъ, чѣмъ здоровые, но зато много невѣрныхъ. Въ жизни они такіе же; часто они уже не въ состояніи осмыслить вещи такими, какъ онѣ есть. Только въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣе тяжелыхъ случаевъ постепенно появляется принципіально новое явленіе — разстройство памяти типа органическихъ психозовъ, т. е. слабость памяти по отношенію къ свѣжимъ событіямъ. Это служитъ вѣрнымъ признакомъ атрофіи мозга и слѣдовательно невозможности возстановленія.

Уже это одно должно сдѣлать алкоголика лгуномъ. Цѣлый рядъ причинъ аффактивнаго свойства толкаетъ ихъ на отговорки, извращенія истины; съ другой стороны, они уже не совсѣмъ вѣрно представляютъ себѣ все. Невольно имъ приходятъ въ голову оправданія мотивовъ ихъ дѣйствій и дѣйствій другихъ людей, эйфорическая живость взвинчиваетъ ихъ ассоціаціи, такъ что недостатка фантазіи они не испытываютъ, а моральная и умственная критика у нихъ ослаблена благодаря вышеуказаннымъ моментамъ. Женщины-пьяницы лгутъ — по понятнымъ основаніямъ — гораздо упорнѣе

и послѣдовательнѣе, чѣмъ мужчины. Когда алкоголикъ вретъ, трудно разобрать, что представляетъ сознательную ложь и что онъ самъ въ это время считаетъ правдой.

Въ значительной своей части психологія алкоголика обусловливается ложнымъ положеніемъ больного по отношенію къ окружающимъ. При всей видимой бравадѣ можно всегда легко доказать, что алкоголикъ всегда занимаетъ оборонительную позицію по отношенію ко всякому, кто не пьетъ вмѣстѣ съ нимъ — даже многіе умѣренно пьющіе опредѣленно даютъ это чувствовать всякому трезвеннику, а неумѣренные пьяницы со временемъ всецѣло находятся во власти этого чувства, и это порождаетъ у нихъ собственно потребность въ отговоркахъ и враньѣ. Они имѣютъ основаніе особенно не вѣрить, ненавидѣть и мучить какъ разъ приличныхъ людей и тѣхъ, которые желаютъ имъ добра; именно по отношенію къ этимъ людямъ они обнаруживаютъ особую чувствительность и раздражительность, въ обществѣ же проходимцевъ они чувствуютъ себя прекрасно, такъ какъ тутъ они избавлены отъ попрековъ. Это ихъ не только отдаляетъ отъ приличныхъ людей и заставляетъ искать плохія компаніи, но еще очень портитъ ихъ благодаря привычному общенію съ очень сомнительными элементами. Что касается области интеллекта нужно сказать, что больнымъ вовсе нельзя видѣть положеніе вещей въ истинномъ свѣтѣ, а то они должны были бы сами себѣ казаться достойными сожалѣнія.

Упорство вниманія ничтожно, отчасти изъ за неустойчивости интереса, а главнымъ образомъ изъ за легкой утомляемости больного, которая обнаруживается во всемъ, особенно въ работѣ.

Въ неосложненныхъ случаяхъ оріентировка нормальна.

Въ тяжелыхъ случаяхъ воспріятіе разстраивается въ томъ же направленіи, какъ при delirium tremens, только не въ такой степени; больные легко путаются при чтеніи, путаютъ картинки при короткой экспозиціи, слышатъ не то, что имъ говорятъ.

Многіе алкоголики, имѣющіе какую либо половую связь, страдаютъ бредомъ ревности, притомъ въ особой формѣ. Интенсивность его колеблется вверхъ и внизъ параллельно съ количествомъ выпитаго алкоголя. Въ болѣе трезвые періоды бредъ можетъ стушеваться, въ пьяномъ состояніи онъ усиливается и становится нелѣпымъ: любыя пятна на постели, даже въ клозетѣ доказываютъ ему измѣну жены. Часто на помощь бреду приходятъ иллюзіи, обманы памяти, рѣже — и то въ пьяномъ видѣ — галлюцинаціи, особенно зрительныя; мужъ видитъ, какъ его жена на улицѣ подмигиваетъ прохожему, онъ подсмотрѣлъ ее въ щелочку. Однако увѣренія больного поддаются сначала напору опредѣленныхъ и увѣренныхъ опроверженій: больной начинаетъ колебаться и совсѣмъ отказывается отъ своихъ словъ, когда хотятъ отъ него точно узнать, что онъ собственно самъ лично констатировалъ. Бредъ ревности часто приводитъ къ покушенію на убійство жены. Между прочимъ изъ этихъ больныхъ многіе не такъ чувствительны по отношенію къ дѣйствительной измѣнѣ жены.

Предложено много генетическихъ объясненій бреда ревности. Алкоголикъ теряетъ потенцію, а libido сохраняется дольше; супружескія отношенія скверныя; любовь жены поколеблена, если не совсѣмъ остыла; мужъ благодаря своему сидѣнію въ кабакахъ, даетъ женѣ возможность бывать у другихъ мужчинъ; самъ онъ съ нею обращается скверно и не слишкомъ соблюдаетъ супружескую вѣрность. Это все моменты, которые и при другихъ условіяхъ вызываютъ или поддерживаютъ ревность. Однако, отъ ревности къ бреду еше одинъ шагъ, и этого не объясняютъ всѣ вышеприведенные мотивы.

Другая, правда болѣе рѣдкая форма алкогольнаго бреда лежитъ въ основѣ доносовъ на самого себя въ полицію: больной приписываетъ себѣ совершеніе преступленія, особенно сенсаціоннаго, рѣже несуществующаго. Больные сознаются и требуютъ наказанія. Тѣ случаи, которые мнѣ удалось точнѣе прослѣдить, были несомнѣнно или вѣроятно алкоголики съ легкой шизофреніей (resp. начинающееся алкогольное помѣшательство).

Картина болѣзни. Пьяница это человѣкъ, котораго выпивка веселитъ или который при этомъ забываетъ свои тяжелыя думы. Постепенно онъ отъ другихъ задачъ, особенно отъ работы, отнимаетъ все больше времени, а отъ семьи и дѣла все болѣе средствъ. Онъ раздражается отъ дѣйствительныхъ или мнимыхъ попрековъ, иногда впадаетъ въ безсмысленное бѣшенство, особенно, если какъ разъ въ этотъ моментъ подвыпилъ. Потомъ онъ раскаивается въ совершенномъ, но не глубоко и ненадолго; безобразныя выходки повторяются все больше. Онъ „колеблется между немужской плаксивостью и недостойной беззаботностью" (Kraepelin), больше однако въ сторону послѣдней; чаще всего онъ въ беззаботноомъ пьяномъ настроеніи, легко переходящемъ въ раздражительность или угрызенія совѣсти. Въ повышенномъ настроеніи онъ приписываетъ себѣ особенныя качества, считаетъ, что никто съ нимъ не сравнится по работѣ. Однако эта переоцѣнка своихъ силъ не ведетъ къ настоящему бреду величія.

Дальше больше алкоголикъ забываетъ честь, нравственность, приличіе; въ словахъ и поступкахъ онъ не считается съ собственнымъ достоинствомъ. Самыя интимныя семейныя дѣла онъ выбалтываетъ за попойкой. Безупречно корректный аристократъ становится неряшливымъ и перестаетъ чувствовать плохое поведеніе другихъ.

Въ болѣе тѣсномъ кругу, гдѣ нѣтъ строгихъ нормъ, пьяница перестаетъ считаться съ правами другихъ. Признавая частично свои грѣхи, онъ все таки требуетъ отъ жены любви и вниманія, считая что она само собою понятно обязана это дѣлать, самъ же онъ можетъ вести себя, какъ вздумается; если онъ ведетъ себя плохо, виною въ этомъ она и ея непониманіе.

О своемъ пьянствѣ онъ имѣетъ самое неправильное представленіе; онъ вправѣ пить и ему это необходимо; вправѣ, потому что онъ зарабатываетъ (это онъ говоритъ и тогда, когда въ дѣйствительности жена содержитъ семью), потому что онъ мужчина, потому что надо же когда нибудь доставить себѣ удовольствіе; — необходимо, потому что иначе онъ не въ состояніи работать. Столько, сколько онъ пьетъ, это совершенно безобидно, другіе тоже пьютъ и даже гораздо больше. Если какая нибудь неудача или замѣчанія другихъ приводятъ его къ лучшему пониманію положенія, это тянется недолго, только на время моральнаго похмѣлья, и это непріятное чувство онъ

спѣшитъ скорѣе залить новой порціей алкоголя. Сотни и тысячи разъ, то искренно, то лицемѣрно, онъ обѣщаетъ исправиться, „стать другимъ человѣкомъ“ и тутъ же нарушаетъ свое обѣщаніе.

Семейную жизнь онъ отравляетъ. Дѣти, съ которыми онъ плохо обращается, боятся его. Въ низшихъ сословіяхъ женѣ часто приходится одной содержать всю семью, мужъ пропиваетъ все, что зарабатываетъ, и угрозами и побоями онъ выжимаетъ отъ жены заработанные ею въ безсонныя ночи гроши. Ни законъ, ни тѣмъ менѣе общественное мнѣніе ему не ставятъ преградъ. Онъ не опасенъ въ общежитіи, онъ бьетъ „только“ жену — гласятъ полицейскіе протоколы. Въ Европѣ жена, собственно говоря, всецѣло во власти мужа, ей живется хуже, чѣмъ любой рабынѣ любой эпохи.

Самые ужасные поступки совершаются, правда, въ пьяномъ видѣ, но вѣдь многіе изъ этихъ больныхъ подолгу не бываютъ трезвы.

Нѣкоторые больные попадаютъ иногда въ исправительныя заведенія. Только небольшая доля принимается въ дома умалишенныхъ. Тѣ, кто дольше живутъ, попадаютъ въ качествѣ слабоумныхъ на годы и десятилѣтія въ пріюты для бѣдныхъ и призрѣваемыхъ.

Женщина-пьяница немало отличается отъ мужчины, товарища по несчастью. Ее также труднѣе обрисовать, не только потому, что она рѣже встрѣчается, но и потому особенно, что она обычно болѣе тяжелаго психопатическаго склада. Трудно, поэтому, изъ отдѣльныхъ случаевъ съ разнообразными анамаліями выдѣлить тѣ черты, которыя характерны для алкоголизма. Психологическія изслѣдованія обнаруживаютъ тѣ же уклоненія отъ нормы, что и у мужчинъ, но держится женщина иначе. Больныя въ противоположность мужчинамъ замкнуты, по крайней мѣрѣ по отношенію къ тѣмъ лицамъ, которыя имѣютъ касательство къ ихъ алкоголизму; онѣ стараются скрыть свой внутренній міръ, отрицаютъ пьянство совсѣмъ или признаютъ его только частично, а когда имъ не вѣрятъ, онѣ разливаются въ самыхъ торжественныхъ обѣщаніяхъ, даже когда ихъ ловятъ in flagranti.

Это поведеніе, равно какъ и болѣе тяжелая психопатія легко объясняется тѣмъ, что женщина не обязана пить, что обычай не возводитъ ея порока на степень добродѣтели; ея идеалы не связаны съ пьянствомъ. Она должна гораздо больше отклониться отъ нормы вообще, чтобы начать столько пить (правда это различіе грозитъ исчезнуть, если торговля пивомъ въ бутылкахъ будетъ и дальше на теперешней высотѣ) и женщина не можетъ такъ хвастать „умѣніемъ пить“, какъ мужчина; вся констелляція постоянно ей напоминаетъ, что она дѣлаетъ то, чего нельзя дѣлать.

Теченіе. Болѣзнь обычно подкрадывается незамѣтно; во многихъ случаяхъ нельзя точно указать, когда именно въ теченіе послѣднихъ десяти лѣтъ она началась. Дѣло въ томъ, что больные или постепенно и понемножку увеличиваютъ порцію, или же они все хуже начинаютъ переносить тѣ же количества; во всякомъ случаѣ нужны годы для образованія характернаго симптомокомплекса. Многіе изъ нихъ сохраняются въ качествѣ хорошихъ филистеровъ: имъ вѣдь нужно только продолжать жить обыкновеннымъ темпомъ, не нужно учиться ничему новому и не нужно особенно напрягаться, а тамъ

болѣе или менѣе преждевременная смерть положитъ конецъ всему. Небольшая часть больныхъ доходитъ до явственнаго алкогольнаго слабоумія на почвѣ атрофіи мозга.

Въ предѣлахъ очерченнаго теченія наблюдаются довольно сильныя колебанія, отчасти на почвѣ нѣкотораго сознанія болѣзни и попытокъ умѣренности, отчасти вслѣдствіе вмѣшательства третьихъ лицъ или измѣненія условій. Въ общемъ однако все неудержимо катится внизъ, во многихъ случаяхъ больные ввергаютъ себя и свою семью въ бездну человѣческаго несчастія; въ болѣе благопріятныхъ случаяхъ больные только до извѣстной степени опускаются, кабакъ замѣняетъ имъ отдыхъ, возвышающій чувство и разумъ, и въ концѣ концовъ замѣняетъ и работу.

Прогностика. Принципіально большинство алкоголиковъ еще излѣчимы въ томъ періодѣ, когда ихъ болѣзнь уже явно видна и профану. Однако, если они, несмотря на энергичныя мѣры не въ состояніи больше осмыслить и понять несчастіе, которое они навлекаютъ на себя и на свою семью, если незамѣтно подкрадывающіеся дефекты обнаруживаютъ атрофію мозга, или если врожденный складъ характера не поддается нравственному перевоспитанію — тогда приходится пьяницу бросить по его собственной винѣ. Большею частью правда его приходится бросать по винѣ окружающихъ — близкихъ и дальнихъ, которые не принимаютъ никакихъ мѣръ или слишкомъ поздно берутся за это. Такимъ образомъ, большинство пьяницъ опускается все ниже и ниже, и наконецъ погибаетъ, сдѣлавъ свою семью, прикованную къ нимъ, на десятки лѣтъ несчастной во всѣхъ отношеніяхъ; погибаютъ они отъ самого алкоголизма, но чаще отъ другихъ болѣзней, которымъ они подвержены вслѣдствіе пониженной сопротивляемости. Небольшая доля пьяницъ доживаетъ свои годы въ тихой или эретической формѣ алкогольной атрофіи мозга (dementia alcoholico-senilis, см. органическія болѣзни). Нерѣдко дѣло кончается самоубійствомъ, большею частью въ алкогольной депрессіи, иногда въ душевномъ порывѣ другого рода.

Анатомія. По Rose кости черепа часто бываютъ утолщены. Въ полости черепа находятъ въ тяжелыхъ случаяхъ утолщеніе и помутнѣніе piae; иногда (но далеко не такъ часто, какъ при прогр. параличѣ) имѣется pachymeningitis haemorrhagica. Самъ мозгъ въ далеко зашедшихъ случаяхъ бываетъ замѣтно уменьшенъ. Гангліозныя клѣтки рано обнаруживаютъ различныя формы дегенераціи. Клѣтки и волокна гліи разрастаются. Эпендима четвертаго желудочка часто бываетъ зерниста. Въ нѣкоторой части нервныхъ и гліозныхъ клѣтокъ и въ стѣнкахъ сосудовъ находятъ много жира. Внутренніе органы въ различной степени алкогольно перерождены.

Частота. Въ психіатрическихъ больницахъ мужчины-алкоголики составляютъ, смотря по условіямъ пріема, отъ 10 до 35 проц. общаго количества поступлеій (а не количества находящихся на лицо). Это однако не можетъ служить масштабомъ для опредѣленія распространенности алкоголизма. Только небольшая доля больныхъ попадаетъ въ больницы. Во второй половинѣ зрѣлаго возраста извѣстная степень алкоголизма, которую при внимательномъ наблюденіи можно ясно узнать, составляетъ у насъ обычное явленіе. Если хо-

тѣть начать считать только съ тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣется уже явственное разрушительное дѣйствіе, естественно нельзя получить цыфровыхъ данныхъ; но тотъ кто смотритъ на жизнь открытыми глазами, долженъ признать, что алкоголизмъ представляетъ самое частое — не говоря конечно о насморкѣ и подобныхъ ему пустякахъ, — заболѣваніе у мужчинъ. Въ швейцарскихъ городахъ врачи признаютъ 16% мужчинъ, умирающихъ между 40 и 60 годами, алкоголиками. Въ дѣйствительности, конечно, количество это гораздо больше. Въ остальныхъ частяхъ Центральной Европы условія приблизительно тѣ же. [1])

Причины. Рѣдко, гдѣ мы знаемъ такъ много о причинахъ болѣзни, какъ относительно алкоголизма, и все-таки нигдѣ нѣтъ столькихъ спорныхъ вопросовъ, какъ именно здѣсь. Прежде всего, мы имѣемъ двѣ категоріи врожденныхъ предрасположеній, на почвѣ которыхъ выростаетъ алкоголизмъ; первое это извѣстный душевный складъ, который побуждаетъ или заставляетъ пить спиртные напитки въ большихъ количествахъ, второе это пониженіе сопротивляемости по отношенію къ выпитому количеству, при этомъ для психіатра главное значеніе имѣетъ сопротивляемость мозга.

Первая группа не представляетъ чего либо единаго. При нашихъ условіяхъ самые разные склады личности могутъ создать и активное стремленіе пить, и слабость по отношенію къ общераспространенному искушенію и соблазну. Это прежде всего люди съ врожденной слабой волей. Другіе предаются алкоголизму, такъ какъ у нихъ нѣтъ основаній этого не дѣлать; они грубы, нравственно тупы и ищутъ минутнаго удовольствія. Симпатичные, веселые люди общества, они собственно скорѣе другихъ могли бы обойтись безъ алкоголя, однако при нашихъ пьяныхъ нравахъ они легче всего надаютъ его жертвами. Другіе, наоборотъ, прибѣгаютъ къ рюмкѣ, не будучи въ состояніи иначе разойтись или какъ нибудь отреагировать непріятность. Алкоголь даетъ имъ забвеніе или же снимаетъ съ нихъ задерживающія вліянія. Иные почему либо не могутъ справиться съ жизнью: одни стремятся высоко, выше своихъ силъ, и дальше плановъ у нихъ дѣло не подвигается, другіе слишкомъ много предпринимаютъ, но безтолково, третьи страдаютъ отъ нервныхъ затрудненій и т. д. Сюда же относятся многіе душевнобольные (въ легкой формѣ), у которыхъ алкоголизмъ представляетъ не причину, а слѣдствіе болѣзни. [2]) Противоположность этимъ слабымъ людямъ составляютъ сильные люди, которые думаютъ, что они могутъ все перенести, и это ихъ приводитъ къ излишеству. Многіе, алкоголики, количественно пожалуй большинство, являются просто

---

[1]) Истинное представленіе о соціальномъ и политико-экономическомъ значеніи алкоголя можетъ составить себѣ только тотъ, кто какъ слѣдуетъ вдумается въ этотъ вопросъ. Германія тратитъ этимъ путемъ 3000 милліоновъ ежегодно, маленькая Швейцарія — почти милліонъ ежедневно, гораздо больше, чѣмъ обходится мобилизація. За эти деньги люди покупаютъ себѣ болѣзни, горе, преступленія, уменьшеніе рабочаго времени и пониженіе рабочей силы. См. Норре. Факты объ алкоголѣ. 3 изд. Calvary, Berlin 1904.

[2]) Ferenczi думаетъ, что алкоголизмъ представляетъ вообще суррогатъ вытѣсненныхъ половыхъ вожделѣній (воздержаніе тогда пришлось бы считать компенсаціей половой слабости). Въ дѣйствительности же, никто такъ отлично не изживаетъ себя въ половомъ отношеніи, какъ именно алкоголикъ.

жертвами нашихъ пьяныхъ нравовъ; правда, они рѣже всѣхъ попадаютъ въ психіатрическія больницы, зато ихъ тѣмъ чаще можно встрѣтить въ жизни въ качествѣ носителей разныхъ другихъ болѣзней.

Еще меньше мы можемъ описать вторую группу — людей съ пониженной сопротивляемостью. Мы знаемъ только, что имѣются особыя (во всякомъ случаѣ различныя) предрасположенія, при которыхъ мозгъ реагируетъ на выпитый алкоголь въ духѣ ясно выраженнаго хроническаго алкоголизма. Мы не можемъ опредѣлить, почему одинъ пропиваетъ преимущественно печень, другой сердце, третій регуляцію обмѣна веществъ, четвертый мозгъ, пятый все вмѣстѣ, и почему многіе другіе недурно переносятъ тѣ же количества алкоголя, не становясь алкоголиками въ нашемъ смыслѣ.

Оба указанныя предрасположенія представляютъ въ преувеличенномъ видѣ слабости, которыя вообще свойственны человѣческой природѣ. Пристрастіе къ ядамъ, подобнымъ алкоголю, существуетъ вездѣ, но народы, имѣвшіе на протяженіи тысячелѣтій своего развитія опредѣленное количество опьяняющаго средства, приспособились къ нему; они умѣренны. Современныя промышленность и пути сообщенія почти вездѣ опередили приспособляемость и въ этомъ то горе. Еще на поколѣніе раньше Италія была умѣренной страной; сейчасъ нѣкоторыя тамошнія больницы принимаютъ въ процентномъ отношеніи столько же алкоголиковъ, сколько и наши.

Возможность сдѣлать алкогольнымъ любой мозгъ существуетъ конечно, и не только потому, что мы каждаго человѣка можемъ наркотизировать алкоголемъ, но и потому, что мы вездѣ видимъ одни и тѣ же токсическія вліянія алкоголя. Однако, я сомнѣваюсь, вѣрно ли утвержденіе нѣкоторыхъ, что средняя сопротивляемость по отношенію къ алкоголю уменьшилась теперь въ сравненіи съ послѣдними столѣтіями.

Наличіе предрасположеній обнаруживается также въ н а с л ѣ д с т в е н н о с т и. Въ семьяхъ пьяницъ мы находимъ разныя ненормальныя конституціи, которыя почти въ половинѣ случаевъ проявляются въ алкоголизмѣ отца.

Самой важной изъ вызывающихъ причинъ является нашъ о б ы ч а й п и т ь, развившійся на почвѣ обоихъ указанныхъ предрасположеній при содѣйствіи специфическихъ условій культуры. Обычай этотъ рисуетъ употребленіе алкоголя чѣмъ то прекраснымъ, необходимымъ, само собою понятнымъ; отказъ отъ этого самъ по себѣ уже представляетъ нѣчто не совсѣмъ обыкновенное. Въ свитѣ этого обычая шествуетъ алкогольный капиталъ, его милліарды утонченнымъ образомъ организовали соблазнъ выпить. Каждый отдѣльный человѣкъ имѣетъ дѣло съ искушеніями, извѣстными всѣмъ; приведу изъ нихъ только нѣкоторыя. Матери испорченныхъ сыновей сваливаютъ обыкновенно вину на дурное общество; обычно онѣ неправы, ибо рѣдко когда человѣкъ по обязанности находится въ дурномъ обществѣ. Однако, по отношенію къ пьянству обвиненіе слишкомъ часто бываетъ справедливымъ; пьющая компанія сначала кажется настолько приличной, что неопытный человѣкъ не видитъ, что здѣсь плохого и не предвидитъ для себя опасности. Люди собрались для похвальной работы и не думаютъ о томъ, какой непо-

хвальный оборотъ это приметъ черезъ нѣсколько часовъ или хотя бы черезъ десятокъ лѣтъ; говорятъ также, что люди топятъ въ алкоголѣ горе и печаль; это вѣрно только въ исключительныхъ случаяхъ; горе и печаль порождаются алкоголемъ, а потомъ получается circulus vitiosus — имѣется отговорка пить больше, и зло увеличивается. Я не знаю ни одного примѣра, чтобы повышеніе заработной платы понижало употребленіе алкоголя, статистика показываетъ обратное.

Какое количество алкоголя нужно, чтобы вызвать болѣзнь, зависитъ отъ личнаго предрасположенія, отчасти можетъ быть отъ качества пищи и общаго образа жизни. Одинъ можетъ стать душевно и физически ясно выраженнымъ алкоголикомъ, въ то время какъ его товарищъ пьетъ можетъ быть въ десять разъ больше и все таки остается въ предѣлахъ такъ называемой нормы. Количество и степень опьяненій безразличны. Кто пьянѣетъ отъ малыхъ количествъ, врядъ ли станетъ алкоголикомъ; кто обычно живетъ трезво въ собственномъ смыслѣ слова, никогда имъ не станетъ, хотя бы ежегодно пару разъ валялся въ лужѣ. Но тотъ, кто регулярно пьетъ большими количествами, рискуетъ получить хроническое отравленіе, даже если и не будетъ никогда пьянъ.

Дифференціальный діагнозъ. Алкоголизмъ можетъ сочетаться съ любой другой болѣзнью, а тогда можно часто проглядѣть либо эту болѣзнь, либо самъ алкоголизмъ. Другіе симптомокомплексы могутъ получить „алкогольную окраску“ (прогр. параличъ, шизофренія, лихорадочный бредъ и т. д.). Чаще всего неправильно считаютъ алкоголиками пьющихъ шизофрениковъ. Если ихъ посылаютъ въ психіатрическую больницу, бѣда не велика. Гораздо непріятнѣе такая ошибка въ лѣчебницѣ для алкоголиковъ, гдѣ не знаютъ, что сдѣлать съ шизофреникомъ, и въ частной семьѣ, гдѣ лѣченіе такихъ больныхъ должно — съ точки зрѣнія медицины и права — вестись совсѣмъ иначе, чѣмъ лѣченіе простыхъ алкоголиковъ. Изъ признаковъ лежащей въ основѣ шизофреніи, на которые мало обращаютъ вниманіе, особенно важно аутистическое отгораживаніе отъ общенія съ внѣшнимъ міромъ; если пьяница ничего не можетъ сказать и отдаляется отъ другихъ больныхъ въ больницѣ, онъ не простой алкоголикъ.

Многіе психическіе симптомы алкоголизма очень похожи на паралитическіе и вообще на органическіе, они даже могутъ и быть органическими, такъ какъ отравленіе (алкоголемъ) вызываетъ своего рода атрофію мозга (см. также алкогольный прогр. параличъ); у болѣе старыхъ людей вообще часто нельзя принципіально рѣшить вопроса, что въ болѣзни относится на счетъ старческаго процесса и что насчетъ алкоголизма.

Хронически маніакальныхъ охотно принимаютъ за алкоголиковъ; рѣже бываетъ обратное. Діагнозъ маніи устанавливается на основаніи скачки идей, колебанія настроенія, независимо отъ употребленія алкоголя и наличія этихъ симптомовъ въ трезвые періоды или при очень умѣренномъ питьѣ. Отсутствіе этихъ симптомовъ при тщательномъ наблюденіи исключаетъ манію. Анамнезъ сразу выясняетъ дѣло.

Труднѣе всего провести границу между алкоголизмомъ и здоровьемъ. Регулярное употребленіе алкоголя въ количествахъ, признаваемыхъ въ Европѣ умѣренными, рѣзко мѣняетъ внѣшній видъ старѣющаго человѣка; кто обладаетъ нѣкоторымъ опытомъ, легко констатируетъ то же явленіе въ области психики. Небольшая степень алкоголизма считается у насъ еще „нормой"; эту „небольшую" степень не нужно себѣ воображать слишкомъ маленькой: постановилъ же мюнхенскій судъ[1]), что ежедневное употребленіе 6-8 литровъ пива еще нельзя считать неумѣреннымъ питьемъ. Въ виду этого я полагалъ бы при опредѣленіи начала появленія алкоголизма руководиться соображеніями практическаго свойства: **алкоголикомъ нужно считать всякаго, кто употребленіемъ алкоголя причиняетъ ущербъ себѣ и своей семьѣ, при чемъ не удается ему это втолковать или же у него уже нѣтъ силы воли исправиться.**

Нѣкоторые люди, не имѣя явныхъ признаковъ алкоголизма, по другимъ причинамъ, напр. вслѣдствіе врожденнаго склада ведутъ себя скверно, плохо ведутъ свои дѣла и между прочимъ ухудшаютъ свое состояніе алкоголемъ. Этихъ людей не нужно смѣшивать съ алкоголиками: тутъ и прогнозъ и лѣченіе совершенно другіе.

Были попытки рѣшить споръ о границѣ нормы путемъ опредѣленій; этимъ принципіально нельзя достигнуть цѣли, ибо то, что у насъ хотятъ считать нормой, заключаетъ въ себѣ опредѣленную степень алкоголизма. Нѣкоторые говорятъ, что алкоголизмомъ страдаетъ всякій, кто регулярно принимаетъ алкоголь въ то время, когда еще не исчезло дѣйствіе предыдущей дозы. Не нужно однако понимать это слишкомъ буквально, такъ какъ путемъ психологическихъ опытовъ можно доказать, что это дѣйствіе не сглаживается и спустя 24 часа и больше, а между тѣмъ никто не считаетъ алкоголикомъ человѣка, который разъ въ 24 часа пьетъ пару стакановъ пива. Другіе считаютъ алкоголикомъ всякаго, кто чувствуетъ потребность въ алкоголѣ и не можетъ ея подавить. Это не можетъ служить масштабомъ, такъ какъ показательна въ первую голову оцѣнка мотивовъ, удерживающихъ отъ питья. Обыкновенный филистеръ — завсегдатай ресторановъ пьетъ такъ много не потому, что онъ иначе не можетъ, а потому что онъ не знаетъ и не цѣнитъ никакихъ мотивовъ, которые могли бы его удержать.

Само собою разумѣется, что было бы нелѣпо съ научной точки зрѣнія мѣрить алкоголизмъ другимъ масштабомъ, чѣмъ остальныя болѣзни. Въ медицинскомъ смыслѣ алкоголикомъ нужно считать всякаго человѣка, имѣющаго несомнѣнные признаки алкоголизма: у кого имѣются легкіе признаки, тотъ легкій алкоголикъ, а у кого замѣчаются тяжелые симптомы, тотъ тяжелый алкоголикъ. Глядя по случаю, приходится выводить тѣ или иныя послѣдствія; практика будетъ въ этомъ отношеніи гораздо снисходительнѣе науки, которая не должна кривить душой изъ аффективныхъ и опортунистическихъ соображеній.

Переходя къ отдѣльнымъ симптомамъ, нужно сказать, что совокупность аффективнаго симптомокомплекса сама по себѣ, конечно, еще ничего не доказываетъ, такъ какъ органическія болѣзни и врожденныя конституціи могутъ имѣть такой же видъ. Скорѣе можно поставить діагнозъ на основаніи живости реакціи при многочисленныхъ ошибкахъ, характерныхъ отговорокъ и склонности добавлять отъ себя причинныя объясненія.

Если есть время понаблюдать больного, важно, конечно, опредѣлить реакцію на лишеніе алкоголя. Алкоголиками въ большей части надо считать тѣхъ больныхъ, которые въ больницѣ становятся

[1]) Международный журналъ для борьбы съ алкоголизмомъ. 1897, Годъ 7.

лучше въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, у которыхъ при этомъ характеръ мѣняется замѣтно къ лучшему, и которые при употребленіи алкоголя быстро ухудшаются.

Существенное подтвержденіе діагноза даетъ физическое изслѣдованіе и анамнезъ. Однако, при собираніи анамнеза требуется осторожность, не только потому, что нигдѣ — за исключеніемъ развѣ половыхъ вопросовъ — такъ не врутъ, какъ по вопросу объ алкоголизмѣ, но потому, что алкоголики, попадающіе въ психіатрическія больницы, всегда психопаты.

Erben[1]) полагаетъ, что алкогольный tremor имѣетъ тѣ же быстрыя и мелкія дрожанія, что и tremor при діабетѣ, при отравленіяхъ никотиномъ, свинцомъ, цинкомъ. ртутью, сѣроуглеродомъ, и при выздоровлѐніи отъ тяжелыхъ болѣзней. Дрожь эта рѣзче при растопыриваніи пальцевъ, меньше при сгибаніи, въ отличіе отъ paralysis agitans движенія пальцевъ не синхроничны; при алкоголизмѣ дрожитъ также языкъ, чего почти нѣтъ при отравленіи металлами.

До сихъ поръ еще многіе упоминаютъ симптомъ Quincaud, будто бы служащій доказательствомъ хроническаго алкоголизма: если приставить разогнутые и растопыренные пальцы больного къ ладони изслѣдующаго, можно ощутить легкій трескъ. Однако этотъ симптомъ наблюдается не у всѣхъ алкоголиковъ, зато его можно найти въ разныхъ другихъ случаяхъ.

Осторожность нужна также при оцѣнкѣ расширенія сосудовъ лица. Очень многіе умѣренные и воздержные люди имѣютъ красный носъ, и только небольшая часть пьяницъ отмѣчена этимъ признакомъ.

Л ѣ ч е н і е. Опытъ тысячелѣтій учитъ, что утопично мечтать о пріученіи людей къ трезвости. Лѣченіе преслѣдуетъ сначала три задачи: прежде всего quasi — физическое отученіе отъ потребности пить. Это легче, чѣмъ можно думать. Только въ исключительныхъ случаяхъ алкоголикъ ощущаетъ въ психіатрической больницѣ настоящую потребность пить, вродѣ того, какъ курильщика тянетъ къ табаку или морфиниста къ его алкалоиду. Изъ явленій лишенія я лично знаю только крупное дрожаніе. Указываютъ еще на безсонницу; конечно, изъ нѣсколькихъ дюжинъ алкоголиковъ иногда одинъ не поспитъ какъ слѣдуетъ первыя ночи въ психіатрической больницѣ. Однако, во первыхъ для этого есть другія причины, во вторыхъ многіе пьяницы и безъ того спятъ неравномѣрно, обычно же они при воздержаніи спятъ не только лучше, но прямо таки нормально. Нужно опредѣленно отсовѣтовать давать снотворныя только на основаніи этого показанія: э т и х ъ б о л ь н ы х ъ н у ж н о р а з ъ н а в с е г д а о т у ч и т ь о т ъ п р и в ы ч к и п р и б ѣ г а т ь к ъ л ѣ к а р с т в а м ъ п р и м а л ѣ й ш е м ъ н е д о м о г а н і и.

И сейчасъ еще нѣкоторые утверждаютъ, что внезапное лишеніе алкоголя можетъ больныхъ погубить. Это находится въ прямомъ противорѣчіи съ фактами. Еще никто не погибъ отъ того, что бросилъ алкоголь, а погибаютъ только отъ того, что пьютъ его. Въ постоянной трезвости тоже нѣтъ вреда; въ теченіе первыхъ 12 лѣтъ изъ числа больныхъ, выписанныхъ изъ лѣчебницы для алкоголиковъ въ Элликонѣ умерло: на 279 не переставшихъ пить 62 (22%), а на 295 выздоровѣвшихъ или выписанныхъ съ улучшеніемъ 5 (1.7%).

Итакъ первое показаніе: н е м е д л е н н о е у с т р а н е н і е в р е д н а г о н а ч а л а.

---

[1]) Діагнозъ симуляціи нервныхъ симптомовъ. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1912.

Труднѣе дается ассоціативное отученіе, т. е. разрывъ сочетаній идей, постоянно тянущихъ къ питью; у людей съ хорошими задатками эту роль играетъ отожествленіе алкоголя со всѣмъ прекраснымъ и высокимъ, что было когда либо пережито (бывшіе студенты!); взамѣнъ этого нужно образовать новыя, соотвѣтствующія дѣйствительности ассоціаціи. Съ одной стороны нужно связать антиалкогольныя представленія съ понятіемъ добропорядочности, продуктивности, работы, счастья. Еще больше времени требуетъ воспитаніе характера вообще, пріученіе къ регулярному труду, повышеніе сопротивляемости по отношенію къ постояннымъ искушеніямъ, развитіе самообладанія, радости истиннаго труда, гордости въ надлежащіе моменты.

Всѣ три показанія больше всего удовлетворяются лѣчебницей для алкоголиковъ, которая не должна быть только мѣстомъ для пребыванія пьяницъ; вся суть ея въ педагогически-психологическомъ искусствѣ и горячемъ усердіи руководителя. Больного нужно въ среднемъ продержать годъ и не принимать, если онъ заранѣе не обяжется выдержать этотъ срокъ. Однако у насъ больной, несмотря на обязательства, можетъ уйти когда ему вздумается; руководитель долженъ личнымъ авторитетомъ умѣть удерживать достаточно долго большинство больныхъ; пивоваровъ, трактирщиковъ и другихъ занятыхъ въ алкогольномъ производствѣ людей можно принимать только тогда, если имѣется гарантія, что ихъ дѣло перейдетъ въ другія руки, раньше чѣмъ больной будетъ выписанъ; нельзя быть одновременно и трезвенникомъ и трактирщикомъ. Безнадежныхъ или морально дефективныхъ лучше не подпускать къ лѣчебницѣ, ибо они мѣшаютъ выздоровленію другихъ.

Въ болѣе легкихъ случаяхъ можно обойтись обществомъ трезвости подъ хорошимъ руководствомъ. Однако они естественно даютъ меньше шансовъ, и кромѣ того имѣютъ немаловажный недостатокъ, что въ нихъ многіе, сами по себѣ благопріятные случаи затягиваются, пока не становятся неизлѣчимыми. Испытать ихъ можно въ случаяхъ, гдѣ откладываніе не представляетъ опасности и гдѣ поступленіе въ спеціальную лѣчебницу затруднительно или невозможно. Если имѣется выборъ, нужно изъ обществъ трезвости, оставляя въ сторонѣ личность руководителя, выбрать то, которое наиболѣе послѣдовательно. Хотя Голубой Крестъ дѣлаетъ безконечно много добра, онъ имѣетъ тотъ принципіальный недостатокъ, что требуетъ трезвости только отъ пьяницъ и лицъ, желающихъ помогать имъ. Трезвость низводится такимъ образомъ до разряда костыля, а трезвенникъ превращается въ человѣка второго сорта, нуждающагося въ костылѣ. Нужно стать на точку зрѣнія, освященную фактами: „пьянство приноситъ миру много горя, пользы почти никакой, слѣдовательно лучше всему человѣчеству бросить пить“; кто не можетъ усвоить это, тому постоянно грозитъ опасность, что ему захочется допиться до разряда высшихъ существъ. Выздоровѣвшій алкоголикъ долженъ чувствовать себя хорошо въ обрѣтенной чистотѣ, и не долженъ подобно жабѣ въ салонѣ тосковать по своему болоту.[1])

[1]) Послѣдовательными трезвенниками являются орденъ „Guttempler“, союзъ противниковъ алкоголя, затѣмъ во многихъ мѣстахъ католическая лига трезвенниковъ.

Алкоголиковъ не сознающихъ своей болѣзни настолько, чтобы добровольно подвергнуться лѣченію, необходимо лѣчить въ закрытыхъ больницахъ, что въ современныхъ условіяхъ означаетъ въ психіатрическихъ. Иной пьяница можетъ благословлять судьбу, когда сильно набѣдокуритъ или получитъ бѣлую горячку, ибо это даетъ возможность взяться за его лѣченіе. Тамъ, гдѣ законы страны позволяютъ и гдѣ имѣется желаніе — а случается это только въ видѣ исключенія — лѣчить больного, нужно использовать благопріятное обстоятельство и рекомендовать психіатрическую больницу. Но стоитъ только больного помѣстить туда, какъ онъ самъ и его друзья — такіе же какъ онъ или „умѣренные" — поднимаютъ вопль, что его „неправильно" засадили. Тутъ нужно выказать стойкость. Къ сожалѣнію, рѣшающій голосъ принадлежитъ женѣ, т. е. лицу наименѣе подходящему: ей больше всего приходится опасаться мести больного, она его любитъ или любила, и поэтому она легче всего склонна повѣрить пламеннымъ обѣщаніямъ, которыя больной расточаетъ массами послѣ двухъ-трехъ недѣль пребыванія въ больницѣ. Затѣмъ родные еще выставляютъ доводы, которые къ сожалѣнію производятъ впечатлѣніе и на людей, не столь близко стоящихъ къ больному. „Вѣдь онъ же не сумасшедшій, ему не мѣсто въ сумасшедшемъ домѣ; онъ сойдетъ еще съ ума въ обществѣ больныхъ; надо же ему дать возможность показать, что онъ хочетъ и можетъ исправиться" и т. п. Жена въ концѣ концовъ уступаетъ, даже если она при помѣщеніи больного обнаруживала твердость. За то, если она непреклонна и мужъ видитъ ея непоколебимость, и если она воздерживается отъ посѣщеній, пока онъ рвется домой и не хочетъ оставаться въ лѣчебницѣ, можно добиться хорошаго результата у больныхъ, поддающихся излѣченію. Правда, послѣ стадіи торжественныхъ обѣщаній приходится еще выдержать стадію раздражительности и угрозъ, стадію, дающую полезную увѣренность, что обѣщанія больного были напрасны; все это нужно знать, чтобы не пугаться: стоитъ только обнаружить твердость и всѣ явленія исчезнутъ. Обычныя угрозы самоубійствомъ нужно игнорировать.[1] Черезъ мѣсяца три больного можно перевести въ лѣчебницу для алкоголиковъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больныхъ приходится годами выдерживать въ больницѣ и все же ихъ можно вылѣчить, если проявить должную выдержку.

Въ свою очередь конечно и больница должна стоять на высотѣ своей задачи. Во многихъ мѣстахъ больные достаютъ алкоголь, или имъ даютъ понять, что beneficium alcoholicum представляетъ опасность только для нихъ однихъ, или имъ поручаютъ разливать пиво и т. п. Въ отчетахъ о такомъ лѣченіи я читалъ, что это происходитъ лишь

---

[1]) Разумный отвѣтъ на угрозы самоубійствомъ можетъ быть только двоякій: или игнорировать ихъ resp. поступать наоборотъ, а не такъ, какъ больной хочетъ или же положить больного въ наблюдательную палату психіатрической больницы. Если не придерживаться этого способа дѣйствій, угрозы эти становятся ужасной цѣпью рабства, превращающей приличныхъ людей въ безвольное орудіе отвратительныхъ негодяевъ. Не мѣшаетъ имѣть это въ виду и при лѣченіи морально дефективныхъ. Правда, иногда при этомъ на много тысячъ случаевъ одинъ разъ можетъ погибнуть одна безполезная и вредная жизнь; нужно умѣть это взять на себя.

на первыхъ порахъ; возможно, что эти больницы вообще хороши, во всякомъ случаѣ для лѣченія пьяницъ онѣ непригодны.

Палліативное средство при условіи правильнаго примѣненія представляетъ институтъ опекунства. По смыслу нѣмецкаго, а также швейцарскаго законодательства оно должно служить также лѣчебнымъ факторомъ. Однако, покуда большинство опекуновъ и представителей сиротскихъ установленій чувствуютъ себя душою ближе къ пьяницѣ, чѣмъ къ трезвеннику, многаго нельзя отъ нихъ конечно ждать, извѣстную пользу все же институтъ этотъ приноситъ и теперь, если удачно выбрать опекуна; польза эта съ распространеніемъ правильныхъ свѣдѣній будетъ расти, ибо опекунское установленіе имѣетъ законныя средства принудительно провести лѣченіе. Конечно, назначать жену опекуномъ въ корнѣ неправильно.

Деньги для основательнаго лѣченія въ большинствѣ случаевъ удается собрать. Согласно рѣшенію имперскаго страхового отдѣла въ Берлинѣ отъ 6. XII. 15, пьянство въ „далеко зашедшей степени" является болѣзнью въ смыслѣ § 182 № 1 имперскаго положенія о страхованіи. По комментарію Seelmann'a сюда подходятъ и тѣ случаи, которые требуютъ помѣщенія въ лѣчебницу для алкоголиковъ. Въ Швейцаріи большинство кассъ не даютъ на это денегъ; это конечно безобразіе, разъ они при этомъ оставляютъ въ силѣ обычай пить.

Рекомендуютъ также гипнозъ въ качествѣ главнаго лѣчебнаго средства или въ помощь при другомъ способѣ лѣченія. Это средство опасно тѣмъ, что оно отвлекаетъ врача и больного отъ настоящей задачи. Я поэтому не примѣняю тутъ гипноза, хотя есть случаи, гдѣ онъ очень полезенъ.

Рекомендуемыя химическія лѣчебныя средства представляютъ вздоръ.

Слѣдить за окружающими столь же необходимо, какъ и слѣдить за больными, при чемъ все равно дома онъ или въ больницѣ. Многіе излѣчимые пьяницы погибаютъ только вслѣдствіе несчастнаго терпѣнія женъ, которыя только тогда рѣшаются на энергичныя мѣропріятія, когда уже поздно. Врачъ, навѣщая семью, долженъ попытаться водворить на надлежащее мѣсто это терпѣніе, которое въ данномъ случаѣ является вреднымъ; кромѣ того врачъ долженъ слѣдить, чтобы по выздоровленіи больного и жена его соблюдала полную трезвость.

Неизлѣчимые алкоголики это тяжелый крестъ для семьи и для общества. Kraepelin рекомендуетъ призрѣвать ихъ въ психіатрическихъ больницахъ. Я однако не считаю больницъ подходящими для этого ни по ихъ устройству, ни по юридическимъ основаніямъ; годами онѣ могутъ держать только ничтожную долю больныхъ. Forel и др. требуютъ поэтому устройства особыхъ учрежденій для алкоголиковъ, гдѣ они были бы обязаны работать по крайней мѣрѣ столько, сколько нужно для покрытія расходовъ по ихъ содержанію. Преимущество было бы въ томъ, что надъ алкоголикомъ висѣла бы эта угроза и у него не было бы сознанія, что всѣ безпомощны въ борьбѣ съ нимъ. Такимъ образомъ можно было бы устранить множество преступленій и другихъ опасностей и неса-

стій, были бы возможны и позднія излѣченія путемъ долголѣтняго воздержанія и перевоспитанія, которое можетъ и спустя много лѣтъ вернуть обществу человѣка, казалось потеряннаго навѣки.

Какъ это ни странно, приходится еще напомнить современному врачу, что въ терапіи самое важное это профилактика. Нужно себѣ ясно сказать, что и тутъ единственнымъ средствомъ является воздержаніе отъ алкоголя. Рекомендовать умѣренность нелѣпо, ибо это есть та питательная среда, на которой алкоголизмъ выростаетъ. Уменьшеніе и даже полное устраненіе алкоголизма возможно, если только захотѣть. Нѣтъ другой устранимой болѣзни, которая несла бы культурному человѣку столько горя. Врачъ поэтому обязанъ[1] ознакомиться и съ этой областью въ той же мѣрѣ, какъ и съ инфекціонными болѣзнями. Учебникъ психіатріи можетъ только отмѣтить этотъ долгъ врача. Нѣкоторые боятся послѣдствій, боятся, что если сознательно отнестись къ вопросу имъ самимъ прійдется отказаться отъ спиртныхъ напитковъ. Между тѣмъ, для врача это, скромно говоря, не было бы никакой потерей, а для многихъ больныхъ это было бы большимъ плюсомъ, ибо только врачъ-трезвенникъ можетъ лѣчить пьяницъ; для общества это было бы благодѣяніемъ. Кто, считая это жертвой, не придерживается принципа трезвости, хотя и понимаетъ пользу ея, тотъ унижаетъ достоинство врачебнаго сословія, которое обычно, не въ примѣръ другимъ, жертвуетъ жизнью и своими выгодами для блага другихъ.

Къ сожалѣнію, врачамъ по отношенію къ алкоголизму особенно приходится исправлять то, что предыдущія поколѣнія напортили. Наука, правда, отказалась отъ возникшихъ въ срединѣ прошлаго столѣтія теорій о свойствѣ алкоголя давать силу и кровь, предохранять отъ инфекціи и уничтожать лихорадку; тѣмъ не менѣе эти теоріи вошли въ кровь и плоть общества. Врачей приходится упрекнуть въ томъ, что въ свое время они способствовали распространенію этого предразсудка, а теперь они слишкомъ мало стараются его устранить, но зато болѣе чѣмъ нужно стараются сохранить его. Всякое явное прописываніе алкоголя, даже если онъ показанъ[2], вредно отчасти больному, отчасти обществу ибо это безусловно толкуется въ томъ смыслѣ, что это и здоровому хорошо или необходимо. Къ сожалѣнію, до сихъ поръ не перевелись эти ошибки, когда вылѣченный пьяница вновь по винѣ врача прибѣгаетъ къ вину и ввергаетъ свою семью въ несчастіе.

Delirium tremens.

На почвѣ хроническаго алкоголизма возникаютъ нѣкоторые острые психозы опредѣленно специфическаго характера. Наиболѣе важнымъ изъ нихъ является delirium tremens, бѣлая горячка. Возникаетъ она почти исключительно послѣ многолѣтняго злоупотребленія алкоголемъ; однако мы видѣли ее иногда въ началѣ

[1]) Изученіе обычая пить и всего, что съ этимъ связано, и безъ того очень полезно; это даетъ возможность глубоко заглянуть въ человѣческую психологію, особенно что касается владычества аффекта надъ мыслью.

[2]) До сихъ поръ не доказано, что алкоголь можетъ быть непосредственно показанъ, т. е. незамѣнимъ.

третьяго десятка и у молодыхъ людей, которые предавались пьянству всего года два, четыре; до сихъ поръ эго все были скрытые шизофреники. У дѣтей и подростковъ, которымъ врачъ прописалъ для укрѣпленія крѣпкія вина, горячка моветъ наступить уже черезъ пару лѣтъ; къ счастью, подобные случаи очень рѣдки.

Большею частью приступъ вызываютъ случайныя причины, ослабляющіе моменты: любыя острыя болѣзни, особенно лихорадочныя (воспаленія легкаго, обостреніе алкогольнаго катарра желудка, инфлуенца и т. д.), чрезмѣрныя длительныя излишества, травмы. Bonhoeffer думаетъ, что послѣднія представляютъ не столько причину, сколько слѣдствіе начинающагося паденія сознательности и осторожности; тѣмъ не менѣе хирургъ-операторъ не безъ основанія боится этой болѣзни.

Бѣлая горячка можетъ будто-бы быть вызвана и воздержаніемъ отъ алкоголя. Этому однако опредѣленно противорѣчитъ опытъ психіатрическихъ больницъ и алкогольныхъ лѣчебницъ, гдѣ каждый больной по поступленіи держится въ абсолютной трезвости. По опыту моему и опыту другихъ горячка при этомъ развивается только разъ на тысячу, если исключить отсюда случаи, гдѣ уже при поступленіи можно доказать путемъ тщательнаго анамнеза и изслѣдованія существованіе горячки; и наоборотъ во многихъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь уже ясна, она не развивается какъ слѣдуетъ, „несмотря“ на лишеніе алкоголя. Насколько мнѣ знакомы тѣ случаи, которые якобы опровергаютъ высказанное здѣсь мнѣніе, ихъ описаніе и оцѣнка не выдерживаютъ критики. Заслуживаетъ обсужденія только наблюденіе Bonhoeffer'а что delirium tremens часто развивается въ теченіе первыхъ дней тюремнаго заключенія, особенно у бродягъ; однако, въ виду того, что точно такое же лишеніе алкоголя въ больницахъ не даетъ этого результата, нужно искать причину въ другихъ обстоятельствахъ, тѣмъ болѣе, что далеко искать не приходится: психическое вліяніе тюремнаго заключенія, плохія гигіеническія условія, скверная пища, внезапное лишеніе жидкости, а можетъ быть и другіе моменты; не потому ли многихъ изъ нихъ удалось задержать, что уже бѣлая горячка была на носу? Внезапное вздорожаніе водки уменьшило количество горячекъ; то же имѣло мѣсто въ Бреславлѣ въ 1909/10 году во время бойкота водки. Wigert[1]) нашелъ, что запрещеніе продажи водки въ Стокгольмѣ во время всеобщей забастовки сопровождалось небольшимъ увеличеніемъ количества горячекъ: въ первую недѣлю вмѣсто прежнихъ 4,6 въ среднемъ и 9 maximum поступило 16 случаевъ, на слѣдующей недѣлѣ одинъ, а потомъ больше не было до тѣхъ поръ, пока кабаки не открылись вновь. Однако авторъ не изслѣдовалъ этихъ случаевъ въ отдѣльности, такъ что не доказано во первыхъ, что эти больные передъ поступленіемъ не пили нѣсколько дней, во вторыхъ очень вѣроятно, что тутъ играли роль привходящіе моменты (безработица, голодъ). Если даже допустимъ невѣроятное предположеніе, что авторъ имѣлъ дѣло съ горячками, развившимися дѣйстви-

---

[1]) Частота delirium tremens въ Стокгольмѣ во время запрещенія алкоголя въ авг.—сент. 1909. Zeitschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. 1910. I. Bd. Originalien стр. 556.

тельно на почвѣ лишенія алкоголя, то во всякомъ случаѣ приведенное изслѣдованіе доказываетъ, что такіе случаи настолько рѣдки, что съ ними нечего считаться. Ихъ было maximum дюжина на много тысячъ пьяницъ, которыхъ внезапно заставили быть трезвенниками въ городѣ, потребляющемъ въ годъ 4,4 милліона литровъ водки.

Иногда, но не всегда, развитію delirium tremens предшествуютъ въ теченіе недѣль и мѣсяцевъ предвѣстники: сонъ короче, или же онъ нарушается приступами испуга, больной огорчается, раздражается, чувствуетъ тоску, которая можетъ дойти до степени страха, психически немотивированнаго. Временами появляется головокруженіе. Все поведеніе больного обнаруживаетъ безпокойство. Мелкое дрожаніе быстро становится крупнѣе; затѣмъ появляются отдѣльныя, большею частью, зрительныя галлюцинаціи обычно въ стабильной формѣ: вообще эти продромальные обманы чувствъ не должны вовсе имѣть специфическій характеръ ясно выраженнаго delirium tremens. Черная собака бѣжитъ за больнымъ каждый разъ, когда онъ идетъ изъ кабака послѣ утренняго стаканчика; два полицейскихъ стоятъ за шкафомъ, когда онъ приходитъ домой и т. п. Иногда по галлюцинаціямъ можно явственно видѣть, что онѣ развились на почвѣ раздраженія нервовъ: свѣта и тѣни, ползаніе мурашекъ, больному кажется, что его колютъ. Обманы чувствъ пугаютъ больного, однако вначалѣ онъ еще понимаетъ, что это обманы.

Настоящая горячка вспыхиваетъ обычно довольно внезапно ночью, когда больной въ испугѣ просыпается, или же при полной безсонницѣ.

На первомъ планѣ очень характерныя галлюцинаціи: въ первую голову онѣ касаются зрѣнія и осязанія. Видѣнія множественны, подвижны, имѣютъ наклонность уменьшаться. Зрительныя и осязательныя галлюцинаціи часто имѣютъ видъ проволокъ, нитей, струй воды и другихъ вытянутыхъ предметовъ. Часты элементарныя видѣнія, искры, тѣни и т. п. Если имѣются слуховыя галлюцинаціи, чаще всего слышится музыка, что при другихъ психозахъ очень рѣдко. Къ этому присоединяются элементарныя галлюцинаціи, особенно въ формѣ треска выстрѣловъ, свиста, гудѣнія, шипѣнія и т. п. Иногда слышатся слова и предложенія, однако они никогда не выступаютъ на первый планъ; въ теченіе всей болѣзни, горячечные больные могутъ оптически общаться съ сотнями галлюцинаторныхъ лицъ, которыя всѣ остаются совершенно нѣмыми. Если слуховыя галлюцинаціи составляютъ существенную часть картины болѣзни, это въ нашихъ случаяхъ всегда оказывалось осложненіемъ въ видѣ шизофреніи. Отъ времени до времени попадаются обонятельныя галлюцинаціи, нѣсколько чаще вкусовыя. Совсѣмъ не рѣдки галлюцинаціи кинэстетическихъ ощущеній и чувства положенія. Когда больной сидитъ, онъ вдругъ чувствуетъ, что стулъ подъ нимъ качается въ сторону, полъ подъ нимъ шатается; ему кажется, что онъ сидитъ или стоитъ за работой, а между тѣмъ онъ лежитъ въ постели. Сюда же относится и то, что больнымъ иногда кажется, что нѣкоторые реальные неподвижные предметы приходятъ въ движеніе. Отдѣльныя тѣлесныя галлюцинаціи можно объяснить невритическими парэстезіями, истолкованными въ духѣ иллюзій.

На высотѣ ясно выраженной горячки зрительныя галлюцинаціи отличаются чрезвычайной живостью и пластичностью, хотя цвѣта мало выражены. Особенно это бросается въ глаза въ мѣстностяхъ, подобныхъ нашей, гдѣ вообше говоря описанія зрительныхъ переживаній очень блѣдны; но когда пьяницы разсказываютъ про свои галлюцинаціи, они ихъ описываютъ съ необычайной живостью, руками указываютъ формы и движенія, какъ будто все это еще стоитъ у нихъ передъ глазами. Больные болѣе легкіе говорятъ, что они „видятъ представленіе“; для бѣлогорячечниковъ кинематографъ существовалъ уже съ давнихъ поръ, имъ показываютъ на стѣнѣ цѣлыя сцены съ балетами и т. п.

Однако видѣнія и отчетливыя и неотчетливыя могутъ внезапно исчезнуть, особенно если больной, у котораго сопутствующія галлюцинаціи осязанія не очень ярки, хочетъ поймать или ударить видѣніе и вмѣсто этого ловитъ пустой воздухъ. Это даетъ имъ поводъ ко всякаго рода объясняющимъ бредовымъ идеямъ. Одинъ профессоръ въ бѣлой горячкѣ былъ очень радъ возможности доказать, какое безобразіе представляетъ собою современная реклама; нужно только посмотрѣть, вотъ у него въ рукѣ прекраснѣйшіе анонсы (онъ ихъ намъ читалъ при этомъ), а вотъ онъ дѣлаетъ одно движеніе и они всѣ исчезаютъ.

Роль множественныхъ подвижныхъ продметовъ обыкновенно играютъ маленькія животныя, мыши, насѣкомыя. Они то и являются наиболѣе частыми галлюцинаціями пьяницъ, однако не рѣдки видѣнія вообще разныхъ животныхъ: свиньи, лошади, львы, верблюды появляются въ уменьшенномъ видѣ или въ натуральную величину; иногда видятся животныя, которыхъ „вовсе не существуетъ“, въ самыхъ причудливыхъ комбинаціяхъ. Поразительно часто мнѣ приходилось слышать совершенно похожія описанія, какъ на галлюцинаторной доскѣ на стѣнѣ проходитъ цѣлый звѣринецъ изъ всевозможныхъ животныхъ, обычно большихъ, здѣсь же уменьшенныхъ до размѣровъ кошки, больныхъ это очень занимаетъ. И люди часто бываютъ уменьшены („видѣть человѣчковъ“ = имѣть горячку), однако могутъ появляться и въ натуральную величину.

Галлюцинаціи отдѣльныхъ чувствъ легко комбинируются между собою. Больной не только видитъ мышей и насѣкомыхъ, онъ ихъ осязаетъ, когда схватываетъ ихъ, или когда они ползаютъ у него по кожѣ. Деньги онъ сосчитываетъ и тщательно укладываетъ въ галлюцинаторый карманъ. Больной видитъ проходящихъ солдатъ, слышитъ, какъ играютъ маршъ; онъ видитъ и слышитъ, какъ въ него стрѣляютъ, онъ дерется съ галлюцинаторными людьми, нападающими на него, онъ слышитъ, какъ они говорятъ и — рѣже — осязаетъ ихъ.

Schroeder придаетъ значеніе тому, что обманы чувствъ бѣлогорячечниковъ не прибавляются къ обычной картинѣ окружающаго міра, но становятся на ея мѣсто. Однако это наблюдается, хотя и въ меньшей степени, и при другихъ деливіяхъ, а во многихъ сумеречныхъ состояніяхъ еще въ большей степени, чѣмъ при delirium tremens; и все же при другихъ болѣзняхъ врядъ ли больной будетъ ступать въ пустоту, думая, что передъ нимъ улица или лѣстница. Намъ еще, такимъ образомъ, недостаетъ точной формулировки различій.

Наряду съ галлюцинаціями имѣется множество иллюзій зрѣнія, рѣже другихъ чувствъ. Больной не узнаетъ лица и предметы. Онъ читаетъ невѣрно, часто продуцируя совершеннѣйшій вздоръ, чаще однако онъ только вставляетъ невѣрныя слова, имѣющія нѣкоторую логическую связь съ настоящимъ текстомъ, напр. шкафъ, вмѣсто ящика, яйца вмѣсто масла и т. п. Замѣчательно, что эти больные, прочитавъ вслухъ безсвязный или нелѣпый вздоръ, потомъ все таки могутъ вѣрно разсказать настоящій текстъ. Галлюцинаціи и иллюзіи удается вызвать внушеніемъ и такимъ же путемъ можно направлять ихъ содержаніе, иногда даже въ началѣ и въ концѣ горячки, когда самопроизвольныхъ обмановъ чувствъ нѣтъ. Нужно надавить на закрытые глаза (по Liepmann'у) и спросить больного, что онъ видитъ. Если онъ ничего не видитъ или только элементарныя свѣтовыя явленія, его спрашиваютъ, напр., видитъ ли онъ собаку, и этотъ вопросъ можетъ сопровождаться успѣхомъ, больному кажется, что онъ видитъ собаку, и онъ можетъ ее подробно описать. Ему даютъ чистый кусокъ бумаги, онъ изъ него вычитываетъ большею частью безсвязную неразбериху, въ отдѣльныхъ случаяхъ цѣлые разсказы и дѣловыя письма. Если дать ему телефонъ (выключенный), онъ завязываетъ длинный разговоръ (по Aschaffenburg'у). Можетъ случиться, что три галлюцинанта, сидя въ ваннѣ въ одной комнатѣ, галлюцинируютъ одну и ту же рыбу, которую они хотятъ поймать и которая прыгаетъ изъ одной ванны въ другую. И помимо этого воспріятіе разстроено. При короткой экспозиціи больные не узнаютъ картинокъ; также какъ при чтеніи наблюдается не встрѣчающаяся въ другихъ случаяхъ форма: вмѣсто вѣрнаго предмета они называютъ другой, имѣющій къ нему отношеніе (но зрительно на него непохожій). Вмѣсто очковъ напр. больные видятъ бинокль, вмѣсто кошки мышь; птичье яйцо могутъ назвать гнѣздомъ (Bonhoeffer). Часто можно съ легкостью установить, что передъ нами не парафазическое разстройство. Воспріятіе собственно было вѣрно; но вмѣсто него въ сознаніи появляется неожиданно быстро ассоціированное представленіе. Часто больной совершенно не обращаетъ вниманія на цвѣтъ; зеленый кочанъ капусты въ книжкѣ Meggendorf'a „Возьми меня съ собой" онъ принимаетъ ни больше ни меньше, какъ за розу (впрочемъ нерѣдко это дѣлаютъ и неалкоголики). Огурецъ въ той же книжкѣ одинъ больной разъ принялъ за колбасу.

Gregor и Roemer нашли въ одномъ случаѣ замедленіе воспріятія. Въ противоположность этому нужно отмѣтить, что короткая экспозиція (открывать и закрывать картинку рукой, безъ аппарата) въ сравненіи съ болѣе продолжительной не особенно или даже нисколько не ухудшаетъ результатовъ въ неосложненныхъ случаяхъ.

Постоянныя зрительныя галлюцинаціи естественно сильно нарушаютъ оріентировку въ мѣстѣ. Однако въ этомъ повинны не однѣ только галлюцинаціи. Послѣдніе дни нѣсколько затянувшейся горячки можно наблюдать иногда отсутствіе оріентировки, когда галлюцинацій уже нѣтъ и нѣтъ обмана памяти, которымъ можно было бы объяснить разстройство оріентировки. Оріентировка во времени тоже нарушена въ теченіе всей болѣзни, въ тяжелыхъ слу-

чаяхъ даже по минованіи ея, такъ что больные называютъ неправильно годъ и т. п. Часто продолжительность горячки кажется больнымъ больше, чѣмъ на самомъ дѣлѣ.

Чистые делиранты автопсихически оріентированы. Они знаютъ, кто они, знаютъ свое положеніе въ жизни, какая у нихъ семья, гдѣ они живутъ и т. д.

Вниманіе тяжело страдаетъ. Предоставленные самимъ себѣ, больные занимаются своими галлюцинаціями и не обращаютъ вниманія на то, что кругомъ нихъ происходитъ. Если настойчиво съ ними заговорить, удается ихъ отвлечь; на клинической демонстраціи они держатся такъ хорошо, что съ трудомъ удается показать своеобразіе ихъ поведенія въ крупныхъ чертахъ. Если держать въ напряженіи ихъ постоянно отвлекающееся вниманіе, можно даже продѣлать съ бѣлогорячечнымъ больнымъ психологическіе эксперименты. Сильно понижается слѣдовательно способность концентраціи вниманія, его упорство, живость и объемъ.

Ходъ мыслей делирантовъ еще недостаточно изученъ. Во всякомъ случаѣ у нихъ на лицо слищкомъ мало идей. Рѣчь больныхъ отвѣчаетъ минутной потребности, они не чувствуютъ элементарныхъ противорѣчій (см. ниже объ отговоркахъ). Болѣе сложныя разсужденія имъ вообще не подъ силу; замѣчается отсутствіе критики, несмотря на живость отвѣтовъ. Оно бросается въ глаза и по отношенію къ нелѣпымъ галлюцинаціямъ. Больной можетъ спокойно разсказать, что кто-то отрубилъ себѣ руки и голову; другого четыре раза обезглавили и т. п.

Въ бесѣдѣ[1]) они обнаруживаютъ въ отличіе можетъ быть отъ другихъ бредовыхъ и сумеречныхъ состояній, необычайно живую реакцію; особенно живо они преподносятъ какія угодно отговорки и не только въ оправданіе пьянства, но и въ другихъ отношеніяхъ. Больной хочетъ уйти, ему напоминаютъ, что онъ безъ брюкъ, на что онъ немедленно отвѣчаетъ: „проклятый мальчишка, онъ постоянно таскаетъ мои брюки, я ему не разъ говорилъ". Или же жена забрала у него башмаки, чтобы онъ не могъ пойти въ трактиръ и т. д. Другой сильно дрожитъ, потому что „вѣтеръ ужасно дуетъ". Разъ на вопросъ, гдѣ брюки больного, я получилъ отвѣтъ: „Дома. Лѣтомъ я никогда не ношу брюкъ".

Если бѣлая горячка осложняется эпилептиформными припадками или другими болѣе сильными органическими разстройствами, эта находчивость пропадаетъ, и наоборотъ замѣчается неповоротливость въ осмышленіи и реакціяхъ.

Длительныя бредовыя идеи рѣдко образуются. Конечно, больные вѣрятъ своимъ галлюціанаціямъ и стараются ихъ объяснить; однако бредъ улетучивается съ перемѣной галлюцинацій. Чаще всего остается на болѣе продолжительное время устрашающій бредъ преслѣдованія. Больные описываютъ, какъ какіе то люди пробуравливаютъ дыры въ стѣнѣ, брызгаютъ оттуда водой или ядомъ и т. п.

---

[1]) Лабораторные эксперименты обнаруживаютъ въ ассоціаціяхъ какъ и въ воспріятіяхъ замедленіе реакціи. Это объясняется повидимому тѣми трудностями, которыя кроются въ самой обстановкѣ эксперимента.

Память сильно разстроена. Уже во время горячки больные вспоминають только небольшую долю изъ всего того, что они пережили; прежде всего регулярно совершенно исчезаетъ порядокъ переживаній по времени (за исключеніемъ случаевъ, развившихся на шизофренической почвѣ. Здѣсь часто больные отчетливо воспроизводятъ самыя сложныя переживанія нѣсколькихъ дней подъ рядъ, при чемъ объективный контроль можетъ, насколько это возможно, дать извѣстную гарантію правильности воспоминаній). И послѣ горячки помнится обычно не все; однако сообщая больнымъ нѣкоторыя переживанія, можно ихъ иногда заставить вспомнить отдѣльныя сцены. Но и въ этихъ случаяхъ рѣдко когда истина не извращается въ большей или меньшей степени.

Почти всегда съ delirium tremens связаны положительныя разстройства памяти, носящія характеръ конфабуляцій самопрозвольныхъ или на почвѣ смущенія. Больные разсказываютъ массу разныхъ вещей, которыхъ не было ни въ дѣйствительности, ни въ галлюцинаціи, и совершенно наново комбинируютъ свои дѣйствительныя впечатлѣнія.

Воспоминанія изъ періода, предшествовавшаго горячкѣ, обыкновенно сохраняются хорошо.

Въ аффективной сферѣ есть что то специфическое. Больные ко всему относятся опредѣленно съ юморомъ, несмотря на то, что имъ приходится всегда быть въ неподходящемъ положеніи, и они рѣдко достигаютъ того, чего хотятъ (совсѣмъ какъ въ снахъ) а видѣнія больше мучаютъ ихъ, чѣмъ занимаютъ. Часто они сами чувствуютъ смѣшное невѣроятіе (съ точки зрѣнія зрителя это невозможность) своихъ галлюцинацій. Моментами только они могутъ принять въ серьезъ или неловкіе лѣчебные пріемы, отчего они раздражаются, или устрашающія галлюцинаціи, что вызываетъ со стороны больныхъ опасныя нападенія. Страхами страдаетъ значительная часть этихъ больныхъ. Эта смѣсь страха съ эйфорическимъ настроеніемъ („юморъ висѣльника") имѣется въ большинствѣ случаевъ, что больше нигдѣ въ такомъ видѣ не наблюдается.

Соотвѣтственно живости чувствъ и отсутствію критики внушаемость очень повышена. Безъ труда удается больного уговорить, что вчера онъ то-то и то-то дѣлалъ, тамъ-то и тамъ-то былъ. О томъ, какъ легко внушить больному галлюцинаціи, упомянуто выше. Стоитъ больного о чемъ нибудь попросить, и онъ съ преувеличенной готовностью кидается это исполнить. Они слишкомъ высоко протягиваютъ ноги, когда нужно изслѣдовать колѣнные рефлексы и т. п. Однако, въ происхожденіи этихъ явленій должны играть роль еще какіе то моменты. Напр., при психологическихъ экспериментахъ нельзя держаться одного и того же послѣдовательнаго порядка въ деталяхъ эксперимента, иначе больные легко начинаютъ давать отвѣты въ томъ же порядкѣ. Такимъ образомъ, въ противоположность разстройству памяти наблюдается ненормальная ассоціативная „пріучаемость", въ направленіи намъ еще точно неизвѣстномъ.

Поведеніе до того характерно, что бѣлогорячечнаго больного можно узнать издали съ большой долей вѣроятности. Онъ въ сплошномъ безпокойствѣ; сто разъ на день его кладутъ въ постель,

а онъ все вскакиваетъ. Неувѣренной дрожащей рукой онъ все что то дѣлаетъ, возится съ настоящими и галлюцинаторными замками, толкаетъ кровать, подпираетъ шкафъ, ибо онъ грозитъ упасть, считаетъ деньги; ловитъ мышей и пауковъ, тянетъ изо рта галлюцинаторныя слизистыя нити или волосы и наматываетъ ихъ, ткетъ нити изъ другихъ предметовъ; съ комичной аккуратностью больной шагаетъ черезъ протянутыя веревки, обходитъ тянущіяся черезъ воздухъ проволоки, возится съ одеждой, путая отдѣльныя части, рукавъ принимаетъ за карманъ, одѣваетъ рубашку, какъ штаны и т. д. За дверью, ему думается, стоятъ люди и держатъ ее запертой; онъ начинаетъ барабанить въ дверь, кричитъ „откройте“ и т. п. Онъ уходитъ, ему непремѣнно нужно быть на Karlstraße, его ждутъ важныя дѣла. Въ общемъ однако больной говоритъ очень немного въ противоположность колоссальному двигательному безпокойству. Часто наблюдается бредъ занятія, его содержаніе равномѣрно дѣлится между занятіемъ въ трактирѣ и занятіемъ на работѣ. Кучеръ ѣдетъ въ экипажѣ, чиститъ лошадей, пекарь мѣситъ и раскатываетъ тѣсто, столяръ стругаетъ и ворочаетъ доски и т. п. Тутъ же палата опять превращается въ трактиръ, служителя больной принимаетъ за кельнершу; больной заказываетъ пиво, иногда даже получаетъ его галлюцинаторно и съ удовольствіемъ выпиваетъ. Часто однако онъ съ огорченіемъ замѣчаетъ, что никто ничего не приноситъ, заявляетъ претензіи, черезъ нѣсколько мгновеній это возмутительное безобразіе забывается. Движенія во многомъ неуклюжи; рубашку больной рветъ. Одинъ трактирщикъ дома принялъ палецъ ноги за пробку, ввинтилъ въ него штопоръ и сталъ тянуть изо всѣхъ силъ.

Рис 2. Почеркъ бѣлогорячечнаго больного. Крупное неравномѣрное дрожаніе, неравномѣрный нажимъ.

Болѣе тяжелые случаи остаются больше въ постели, но у нихъ наблюдаются тѣ же представленія; кровать и ея отдѣльныя части изображаютъ большую часть иллюзіонной обстановки; кровать можетъ быть экипажемъ съ лошадьми, верстакомъ и т. д. Больному нужно ловить звѣрьковъ съ потолка, иногда онъ читаетъ цѣлые разсказы, написанные на простынѣ.

Если слабость усиливается, горячка дѣлается тише: больные дѣлаютъ только отдѣльныя трясущіяся движенія, значеніе которыхъ трудно понять, щиплютъ одѣяло, перебираютъ руками и ногами. Въ случаяхъ, кончающихся смертью, появляются судорожныя движенія, скрежетаніе зубами и т. п.

Больные delirium tremens не мараются подъ себя, развѣ только sub finem.

Бѣлая горячка варіируетъ по мѣстностямъ resp. по роду употребляемаго напитка, — можетъ и по способу лѣченія? — Самые тяжелые случаи (за исключеніемъ Корсаковской болѣзни) я наблюдалъ у выходцевъ съ Востока. У насъ легче поладить съ больнымъ и онъ охотно вступаетъ съ нами въ разговоръ, въ Россіи же больные какъ будто болѣе аутистичны и болѣе склонны къ насилію.

Физическіе симптомы никогда не отсутствуютъ, но тяжесть ихъ не всегда соотвѣтствуетъ степени психическихъ разстройствъ; изъ этихъ симптомовъ больше всего бросается въ глаза крупное неравномѣрное трясеніе (tremor) при всѣхъ движеніяхъ также и въ рѣчи.

Пульсъ большею частью частый, колеблющійся, неравномѣрный и малый по крайней мѣрѣ въ тяжелыхъ случаяхъ. Повидимому, мы имѣемъ дѣло не только съ слабостью сердца на почвѣ хроническаго алкогольнаго разстройства, но съ чѣмъ то новымъ, видимо токсическаго происхожденія, появляющимся съ горячкой и съ ней же исчезающимъ. Лицо мутно блѣдно въ противоположность краснотѣ пьяницъ, и въ то же время покрыто потомъ, такъ что кажется, что больной въ коллапсѣ. Моча всегда высокаго удѣльнаго вѣса, содержитъ на высотѣ приступа немного бѣлка, въ отдѣльныхъ случаяхъ бѣлка много, и онъ держится болѣе продолжительное время; нерѣдко находятъ сахаръ въ небольшомъ количествѣ.

Зрачки часто плохо реагируютъ, могутъ быть неравномѣрны и неправильной формы. Глубокіе рефлексы большею частью повышены, при невритѣ конечно ослаблены; часто при поступленіи они живы, на слѣдующій день уже понижены или отсутствуютъ.

Температура даже безъ осложненій слегка повышена; въ рѣдкихъ случаяхъ она доходитъ до 40°, такъ что больные погибаютъ отъ перегрѣванія — delirium tremens febrile.

Частый добавочный симптомъ представляютъ эпилептиформные припадки, большею частью единичные, иногда ихъ много, временами также они составляютъ прелюдію всей болѣзни.

Иногда наблюдаются ясные признаки неврита или во всякомъ случаѣ невритическаго раздраженія, болѣзненность при надавливаніи на нервные стволы и мышцы, при этомъ слабость и даже парезы. Неоднократно я видѣлъ острое воспаленіе n. optici; могутъ наблюдаться и центральные органическіе симптомы въ родѣ разстройства координаціи или мозжечковой атаксіи; однако ихъ трудно видѣть изъ за сильнаго трясенія. Во многихъ случаяхъ имѣется полная анальгезія, что особенно непріятно въ хирургическихъ случаяхъ. Больные порываются ходить на свѣже ампутированныхъ ногахъ или съ переломами костей, срываютъ повязки, копаются въ своихъ ранахъ.

На высотѣ болѣзни сна совсѣмъ нѣтъ, или онъ очень недостаточенъ. Вообще ночью возбужденіе обычно сильнѣе, чѣмъ днемъ.

Теченіе. Болѣзнь большею частью переходитъ въ выздоровленіе въ теченіе 2-4-5 дней, часто послѣ очень долгаго критическаго сна, въ другихъ случаяхъ постепенно. Дольше 14 дней я не видѣлъ ни одного delirium tremens. Чѣмъ медленнѣе идетъ выздоровленіе, тѣмъ болѣе это связано съ органическими симптомами въ смыслѣ Корсаковской болѣзни; если горячка заходитъ далеко за

вторую недѣлю, почти всегда имѣется осложненіе; то же относится и къ тѣмъ случаямъ, гдѣ послѣ улучшенія наступаетъ нѣчто въ родѣ рецидива.

Если болѣзнь течетъ литически, галлюцинаціи по немногу блѣднѣютъ и становятся меньше числомъ. Часто онѣ прежде всего теряютъ свою реальность: это уже не живыя птицы, а чучела, нарочно для нихъ разыгрывается сцена, въ концѣ концовъ ее отражаютъ на стѣнѣ только оптически, какъ бы посредствомъ волшебнаго фонаря.

Пожалуй отъ 1 до 2 проц. неосложненныхъ случаевъ умираетъ отъ сердечной слабости. Кромѣ того, смерть можетъ конечно наступить и отъ основной болѣзни (гнойная пневмонія и т. п.). Цыфры смертности въ разныхъ учрежденіяхъ нельзя сравнивать, ибо глядя по условіямъ пріема въ однѣ больницы поступаютъ больше простые случаи, въ другія больше осложненные. Бываютъ еще все таки статистики съ 26 проц. смертности. Я не иначе могу это себѣ объяснить, какъ только неправильнымъ лѣченіемъ.

Когда бѣлая горячка проходитъ, остается конечно хроническій алкоголизмъ. Анатомическія данныя заставляютъ думать, что у каждаго алкоголика погибаютъ отдѣльные мозговые элементы. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ вслѣдъ за бѣлой горячкой развивается алкогольное слабоуміе или Корсаковская болѣзнь. Отдѣльныя бредовыя идеи могутъ довольно долго держаться, больной скорѣе ихъ забываетъ, нежели корригируетъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ къ горячкѣ можетъ присоединиться „алкогольное помѣшательство“ или хроническій галлюцинозъ.

Приступы бѣлой горячки могутъ повторяться; одинъ и тотъ же больной можетъ въ нѣсколько лѣтъ продѣлать дюжину горячекъ и болѣе. Однако эти неутомимые рецидивисты обычно впадаютъ въ порядочное слабоуміе.

Наряду съ типическими случаями бываютъ и абортивные, при которыхъ наблюдаются только отдѣльные симптомы напр. слегка затуманенное сознаніе и сильное дрожаніе, или немного галлюцинацій, и которые кончаются выздоровленіемъ въ одинъ - два дня. Затѣмъ бываютъ случаи, которые съ перваго разу обнаруживаютъ „хроническій“ характеръ: оріентировка большею частью сохраняется, галлюцинаціи появляются почти исключительно ночью, и то не всегда, въ промежуткахъ больные спятъ; днемъ они иногда могутъ выполнять несложныя работы. Эти случаи могутъ тянуться недѣли 4, ихъ нужно отличать отъ тѣхъ ясно выраженныхъ приступовъ, гдѣ осложненіе Корсаковской болѣзнью затягиваетъ выздоровленіе.

У шизофрениковъ бѣлая горячка претерпѣваетъ видоизмѣненіе.. Бредъ часто выдаетъ комплексъ. На первый планъ выдвигаются слуховыя галлюцинаціи (тѣлесныя галлюцинаціи, насколько я могу судить по своимъ наблюденіямъ, не очень часты). Важнѣе всего то, что бредъ носитъ болѣе связный характеръ, больные цѣлыми днями переживаютъ сложныя сцены.

Одинъ такой больной драматически излагаетъ на 36 страницахъ свои переживанія въ тюрьмѣ и въ психіатрической больницѣ: „.... У меня волосы стали дыбомъ оттого, что мнѣ пришлось тутъ увидать .... Лѣса, рѣки, моря со всевозможными страшными фигурами людей и животныхъ, какихъ еще никогда человѣческій глазъ не видалъ, все это непрестанно проносилось мимо меня, смѣняясь мастерскими всевозможныхъ профессій съ работающими тамъ страш-

ными фигурами духовъ . . . Стѣны по обѣимъ сторонамъ представляли сплошное море съ тысячами маленькихъ кораблей на немъ; пассажирами были все голые мужчины и женщины, которые предавались страсти въ тактъ съ музыкой, каждый разъ послѣ удовлетворенія страсти фигура пронзала сзади парочку длиннымъ копьемъ, такъ что море становилось кроваво-краснымъ, но новыя толпы все прибывали . Пассажирскій поѣздъ; изъ него выходитъ много народу. Среди нихъ я услышалъ голосъ моего отца и сестры К., они пришли меня освободить . . . я явственно слышалъ, какъ они между собою говорили . . Затѣмъ я вновь услышалъ, какъ моя сестра шепталась съ пожилой женщиной; я закричалъ ей изо всѣхъ силъ, чтобы она меня освободила . . . Она мнѣ сказала, что хочетъ это сдѣлать, но старуха ея не пустила, и увѣрила сестру, что она этимъ навлечетъ бѣду на весь домъ, мнѣ же тутъ ничего не сдѣлается . . . Со слезами молитвы я жду смерти . . . Воцарилась гробовая тишина, фигуры духовъ толпами обступили меня наконецъ пришелъ одинъ изъ духовъ и поднесъ мнѣ къ глазамъ на извѣстное разстояніе часы, и показалъ, что еще нѣтъ трехъ часовъ; никто изъ фигуръ не смѣлъ говорить . . ." Затѣмъ пошли долгіе переговоры между родными больного, которые хотѣли его выкупить сначала за небольшія деньги, потомъ за болѣе крупныя. Другіе голоса обсуждали, какъ имъ погубить больного. Затѣмъ родныхъ заманили на лѣстницы, откуда ихъ сбросили въ ровъ, слышно было, какъ они тамъ кричали и хрипѣли. Жена сторожа пришла, стала отрѣзать отъ больного мясо, кусокъ за кускомъ, начиная отъ ногъ до груди, и ѣла ихъ. Раны его она посыпала солью. Больной по очень шаткимъ лѣсамъ былъ втянутъ на всѣ небеса вплоть до восьмого неба, мимо хоровъ трубъ, возвѣщавшихъ его славу. Въ концѣ концовъ онъ изъ-за какой-то ошибки былъ отправленъ обратно на землю . . За столомъ сидѣли люди, ѣли и пили разныя вещи, издававшія роскошный ароматъ; но какъ только ему подавали кружку, она превращалась въ ничто, и онъ испытывалъ сильную жажду. Вслѣдъ за этимъ онъ долженъ былъ часами вслухъ считать (объективно: вербигерація). Въ бутылочкѣ ему подали небесное питье, но какъ только онъ брался за нее, она лопалась, и содержимое текло у него между пальцами подобно нитямъ клея. Въ дальнѣйшемъ произошло сраженіе между его мучителями и его родными, онъ сраженія не видѣлъ, но слышалъ удары и стоны и т. д. Затѣмъ появились скорпіоны, которыхъ тянули на длинныхъ нитяхъ. Во время переѣзда въ больницу — больной это неправильно понималъ — его сестра сидѣла на крышѣ вагона и кричала ему все одно и то же Въ больницѣ одинъ человѣкъ все время обрызгивалъ его мочей, такъ что больному пришлось очень мерзнуть.

Анатомически находятъ какъ выраженіе отравленія больныя и погибающія гангліозныя клѣтки и волокна на протяженіи всего мозга, хотя не вездѣ въ одинаковой степени. Особенно много волоконъ погибаетъ какъ будто въ двигательныхъ центрахъ и въ мозжечкѣ. Точечныя кровоизліянія часты и должны быть отнесены на счетъ дегенераціи сосудовъ. Наряду съ этимъ имѣется — соотвѣтственно причинѣ смерти — венозный застой содержимаго черепа. Въ мозгу и въ другихъ органахъ находятъ конечно клиническіе признаки хроническаго алкоголизма. Ломкость и цвѣтъ мышцы сердца повидимому стоятъ въ связи съ острой болѣзнью.

Причины приведены въ началѣ. Почва должна быть подготовлена продолжительнымъ пьянствомъ; болѣзнь поражаетъ преимущественно — хотя не исключительно — пьяницъ, пьющихъ водку одну или наряду съ другими спиртными напитками.

Соотвѣтственно этому любимый возрастъ для этой болѣзни отъ 30 до 50 лѣтъ, maximum ближе ко второй цыфрѣ, а нѣкоторые случаи бываютъ и выше 50 лѣтъ.

Патологія delirium tremens совсѣмъ еще не ясна. Конечно это не непосредственное алкогольное отравленіе, это особое вредное (очевидно химическое) начало, которое вслѣдствіе долголѣтняго

употребленія алкоголя и при условіи опредѣленнаго личнаго предрасположенія выявляется на почвѣ случайныхъ вредныхъ моментовъ. Во всякомъ случаѣ отравленіе задѣваетъ не только мозгъ, но и сердце, а можетъ быть также почки и другіе органы.

Измѣненія въ мозгу, столь частыя невритическія явленія, разстройства зрачковъ, — все указываетъ на то, что нервная система поражается одинаковымъ образомъ, какъ и при Корсаковской болѣзни, только количественно меньше.

Это обстоятельство, равно какъ самый характеръ галлюцинацій доказываютъ, что обманы чувствъ основаны на состояніи раздраженія (съ периферической локализаціей). Небольшія, подвижныя, множественныя, большею частью безцвѣтныя, темныя или свѣтлыя видѣнія нужно считать истолкованіемъ раздраженій зрительнаго аппарата; нитевидныя галлюцинаціи и насѣкомыя соотвѣтствуютъ кожнымъ раздраженіямъ, мы ихъ знаемъ и по другимъ нервнымъ разстройствамъ. Вообще появленіе осязательныхъ галлюцинацій, которыхъ мы въ такой формѣ нигдѣ больше не видимъ, можно объяснить пораженіемъ кожныхъ нервовъ. Небольшая степень участія психики тоже говоритъ больше за периферическое происхожденіе галлюцинацій. Комплексныя галлюцинаціи рѣдко наблюдаются; если большинство галлюцинацій подчиняется комплексамъ, можно съ большой долей вѣроятности предположить осложненіе шизофреніей. Большею частью, больные представляютъ собою мало или вовсе не заинтересованныхъ зрителей своихъ галлюцинацій, или же они смотрятъ на непріятности, причиняемыя имъ животными, какъ на смѣшное неудачное приключеніе.

Однѣ только устрашающія галлюцинаціи имѣютъ другое значеніе. Онѣ, повидимому, представляютъ выраженіе физической тоски, вызванной сердечной слабостью или даже непосредственно отравленіемъ, и проявляющейся какъ въ снахъ и лихорадкѣ галлюцинаціями. Что страхъ можетъ сопровождаться эйфоріей и легкомысленнымъ юморомъ, не должно насъ удивлять, такъ какъ эти качества привнесены въ болѣзнь хроническимъ алкоголизмомъ.

Діагностика большею частью очень легка. Нужно имѣть въ виду: прежде всего общій habitus, который нужно только разъ увидѣть; затѣмъ анамнезъ, гдѣ впрочемъ пьянство иногда всѣми отрицается; физическіе признаки алкоголизма, крупное дрожаніе; родъ галлюцинацій, комбинація зрительныхъ съ осязательными, въ обѣихъ областяхъ часто нитевидныя образованія, въ области же зрительной множественныя подвижныя галлюцинаціи, особенно животныя, преимущественно мелкія; сохраненіе автопсихической оріентировки; живость психическихъ реакцій; легкость (относительная), съ которой удается вывести больныхъ изъ бреда; рѣдкость комплексовъ въ содержаніи, смѣсь юмора и страха.

Насколько мнѣ приходилось видѣть, лихорадочный бредъ, который столь часто смѣшивается съ delirium tremens, представляетъ комплексный бредъ, затѣмъ при немъ не наблюдаются быстрыя реакціи. Однако лихорадочныхъ бредовъ много и психіатрія ихъ не знаетъ всѣхъ.

Важно знать, что любыя состоянія могутъ получить „алкогольную окраску“ вслѣдствіе сопутствующаго алкоголизма. Связныя, а также пластическія, особенно оптически, галлюцинаціи шизофрениковъ упомянуты выше. Видѣнія живыхъ звѣрей примѣшиваются и къ другимъ болѣзненнымъ состояніямъ, напр. въ эпилептическихъ сумеречныхъ состояніяхъ.

Л ѣ ч е н і е. Къ сожалѣнію, приходится delirium tremens лѣчить большею частью дома или въ обыкновенной больницѣ. Однако врачъ не долженъ забывать, что только тогда можно попутно добиться излѣченія алкоголизма, если больного помѣщаютъ въ подходящую психіатрическую больницу.

Первымъ условіемъ правильнаго лѣченія является н а д з о р ъ. Больные легко могутъ натворить бѣдъ. Прежде всего потому, что они зрительно галлюцинируютъ и имѣютъ иллюзіи, какъ никто. Въ моментъ галлюцинацій дѣйствительность перестаетъ существовать; горячечные больные принимаютъ окно за дверь, лѣстницу за улицу и подвергаются опасности упасть; вмѣсто стѣны имъ видится открытое поле, они поэтому могутъ съ размаха удариться головой и получить смертельное кровоизліяніе въ оболочки мозга; или же имъ кажется, что на нихъ нападаютъ, что ихъ оскорбляютъ, они ревнуютъ жену, хватаются за оружіе; или же они размахиваютъ оружіемъ такъ, что нечаянно ранятъ себя или другихъ. Одинъ нашъ больной, чтобы спрятаться отъ животныхъ, прыгнулъ въ помойную яму. Въ хирургическихъ случаяхъ анальгезія представляетъ главную опасность. Прислуга должна попытаться удерживать больныхъ въ постели. Правда они постоянно опять вскакиваютъ съ постели, но все же, если дать имъ полную свободу, они надѣлаютъ слишкомъ много разрушеній, если комната не приспособлена. Если больной слабѣетъ, его легче удержать въ постели — къ счастью, ибо какъ разъ тогда постельное содержаніе экономитъ много силъ. Постоянное напоминаніе оставаться въ постели, ложиться въ постель представляетъ превосходное отвлеченіе, н е р а з д р а ж а ю щ е е больного. Вмѣсто постели часто рекомендуется тепловатая ванна. Конечно, это тоже хорошее мѣсто для горячечного больного; сомнительно однако, сокращаетъ ли и успокаиваетъ ли болѣзнь ванна сама по себѣ. При правильномъ обращеніи горячечный больной рѣдко учиняетъ насиліе; хотя правда онъ можетъ разорвать рубашку, сломать дверь и т. п. До настоящей борьбы дѣло доходитъ только, если прислуга неловкая и нетерпѣливая, а также при устрашающихъ галлюцинаціяхъ, однако и тутъ больные поддаются успокаивающимъ вліяніямъ.

Второй важный моментъ это п и т а н і е. Больные близки къ коллапсу, сердце отравлено, количество мочи слишкомъ скудно, дѣятельность желудка разстроена вслѣдствіе катарра, больнымъ все некогда поѣсть, или же они отказываются отъ ѣды, боясь отравы. Всѣмъ этимъ показаніямъ удовлетворяетъ м о л о ч н о е п и т а н і е (не исключительно одно молоко, за исключеніемъ случаевъ цирроза печени и болѣзни почекъ). Кромѣ обычной пищи нужно постоянно давать больному молоко, отъ одного до нѣсколькихъ литровъ въ день. Такъ какъ больные привыли глотать жидкости, они питье лучше всего принимаютъ; въ то же время молоко питательно, легко переваримо. Оно улучшаетъ нѣсколько діурезъ и повидимому такимъ образомъ выводитъ ядъ изъ организма.

Все остальное имѣетъ второстепенное значеніе. Въ частномъ домѣ большею частью приходится давать с н о т в о р н ы я. Пользы отъ нихъ мало, вѣроятнѣе всего они не приносятъ никакой пользы,

пока болѣзнь не достигнетъ апогея, а тогда они уже излишни; возможно только, что въ этотъ моментъ удается вызвать критическій сонъ на нѣсколько часовъ раньше. Употребляютъ хлоралъ, сульфоналъ, тріоналъ, метилалъ, амиленъ-гидратъ, паральдегидъ, особенно послѣдній можно рекомендовать.

Если угрожаетъ коллапсъ, даютъ сердечныя. Когда я нахожу нужнымъ, я даю напр. дигаленъ.

Много разногласій вызываетъ вопросъ, давать ли алкоголь. Несомнѣнно, что смертность сильно понизилась съ тѣхъ поръ, какъ отказались отъ большихъ дачъ алкоголя; слѣдовательно, если отдѣльнымъ больнымъ и можно помочь алкоголемъ, то большее количество мы этимъ погубимъ. Послѣднее время лѣченіе delirium tremens проводится безъ алкоголя. Нельзя однако отрицать, что въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ — у насъ мы такіе случаи видимъ только у выходцевъ съ востока — иногда можно поддержать больныхъ и провести ихъ черезъ критическій пунктъ посредствомъ алкоголя; въ одномъ единственномъ случаѣ, который я самъ наблюдалъ, можно было такъ объяснить результатъ. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ обстоятельства или родные заставляли меня давать алкоголь, я пользы не видѣлъ, а вредъ былъ вѣроятенъ. Однако, я думаю, что опасны только большія дозы, которыя теперь не примѣняются. Если является необходимость дать алкоголь, нужно его дать въ замаскированномъ видѣ, въ противномъ случаѣ хроническій алкоголизмъ получаетъ врачебную санкцію: больному дескать необходимо возбуждающее.

Алкогольный бредъ.

(Галлюцинаторный бредъ пьяницъ по Kräpelin'у.)
(Острый галлюцинозъ пьяницъ по Wernicke.)

Алкогольный бредъ представляетъ во многихъ отношеніяхъ противоположность delirium tremens. Онъ выражается преимущественно въ слуховыхъ галлюцинаціяхъ, имѣющихъ своеобразный характеръ: большею частью это голоса нѣсколькихъ или многихъ отсутствующихъ людей, ведущіе въ формѣ драматически разработаннаго діалога рѣчь о больномъ, т. е. они говорятъ о немъ въ третьемъ лицѣ, рѣже они непосредственно обращаются къ нему[1]). Они грозятся, выставляютъ на видъ его грѣхи, ругаютъ его, обсуждаютъ, какъ бы его поймать, хотятъ мучить и истязать его, иногда и его родныхъ. Одни подстрекаютъ другихъ, или же часть становится на сторону больного, пытается его защитить или спасти. Въ очень острыхъ случаяхъ связность немного страдаетъ, вмѣсто болѣе спокойныхъ сценъ появляется путанная смѣсь голосовъ. Иногда голоса носятъ ритмическій характеръ (частью синхроничный съ пульсомъ или съ внѣшнимъ шумомъ напр. тиканіемъ часовъ): „И глупъ же ты, и глупъ же ты, и глупъ же ты" (Bonhoeffer), или

[1]) Тѣмъ не менѣе и въ ясно выраженныхъ случаяхъ мы видимъ, что больные стараются непосредственно обратиться къ тѣмъ галлюцинаторнымъ лицамъ, которыя стоятъ на ихъ сторонѣ, и что они получаютъ отъ нихъ отвѣты.

же они принимаютъ форму эпиграммъ на больного. Часто больные слышатъ свои собственныя мысли или отвѣты на нихъ, или же слышатъ, какъ констатируютъ, что они дѣлаютъ, или какъ критикуютъ ихъ поступки.

При этомъ, особенно въ началѣ, рѣдко отсутствуютъ акоазмы, шумы, свистъ, щелканіе ружейныхъ затворовъ, ударяющихся пуль, топотъ коней; все это больной относитъ къ себѣ.

Изъ галлюцинацій другихъ чувствъ можно скорѣе всего найти зрительные обманы, больной видитъ напр. одно изъ дѣйствующихъ лицъ за дверью или гдѣ нибудь въ темнотѣ. Кромѣ того, попадаются и видѣнія, какъ при delirium tremens. Наблюдаются какъ будто и кожныя ощущенія, что то брызгаетъ или дуетъ на больного; если есть обонятельныя, вкусовыя и особенно тѣлесныя галлюцинаціи, тогда въ основѣ болѣзни лежитъ шизофренія.

Соотвѣтственно галлюцинаціямъ имѣются бредовыя идеи преслѣдованія. Какіе то люди издѣваются надъ больнымъ, хотятъ его наказать, погубить; иногда отдѣльныя лица становятся на его сторону. Обычно, больной не очень то увѣренъ въ своей невинности; помимо чудовищныхъ и неправильныхъ обвиненій ему часто предъявляютъ и основательныя обвиненія, напр. въ пьянствѣ, но все въ преувеличенной формѣ. Регулярно наблюдается бредовое отнесеніе всего на свой счетъ: то или другое лицо, особенно то или другое событіе становится въ связь съ махинаціями, направленными противъ больного. Рѣдко встрѣчаются единичныя бредовыя идеи величія. Бредъ не образуетъ тѣсно спаянной, тщательно продуманной системы; просто больного преслѣдуетъ банда, но онъ не замѣчаетъ, тѣмъ паче не корригируетъ неправдоподобія. Временами все же наблюдаются попытки дать объясненіе. Враги больного посредствомъ особыхъ машинъ подслушиваютъ его и говорятъ съ нимъ; ищутъ способа отравить его. Соучастники изъ потустороння го міра—Богъ, чертъ, ангелы—врядъ ли когда наблюдаются.

При этомъ больные сохраняютъ оріентировку и въ общемъ, несмотря на бредовыя представленія, сознательны. Они хорошо узнаютъ реальную обстановку, галлюцинаторныя переживанія прямо вводятся въ нее.

Вниманіе какъ будто нормально; можно съ больнымъ вести связный разговоръ; все же вниманіе часто отвлекается голосами. Формальное мышленіе, поскольку оно поддается изслѣдованію, повидимому, внѣ бредовыхъ идей не разстроено.

Главнымъ аффектомъ является страхъ, который всегда имѣется на лицо и большею частью всецѣло опредѣляетъ поведеніе больного; впрочемъ, послѣднее только моментами соотвѣтствуетъ субъективно отчаянному положенію больного. Больные относительно равнодушны, часто легко покоряются судьбѣ, или же вмѣсто того, чтобы защищаться самимъ, идутъ въ полицію и требуютъ наказанія преслѣдователей. Мнѣ трудно рѣшить, представляетъ ли эта неполная реакція выраженіе поверхности пьяницъ или у больного какимъ то образомъ имѣется сознаніе, что его переживанія ненастоящія. Во всякомъ случаѣ, очень часто наряду со страхомъ замѣчается какъ въ delirium tremens юморъ пьяницы. Не-

смотря на это, самоубійства, особенно въ первомъ стадіи, нерѣдки. Въ случаяхъ, протекающихъ хронически, наблюдается и раздражительность; однако настоящихъ взрывовъ ярости я не видѣлъ.

Внушаемость, столь выраженная въ delirium tremens, здѣсь отсутствуетъ, по крайней мѣрѣ по отношенію къ галлюцинаціямъ. Больного трудно сбить; напротивъ, у него имѣется опредѣленная потребность доказать другимъ свою точку зрѣнія.

Память во всѣхъ случаяхъ хороша, даже лучше, чѣмъ того можно было ожидать при этомъ хаосѣ многообразныхъ переживаній. Въ теченіе болѣзни и послѣ нея больные могутъ толково разсказать массу деталей. Конфабуляціи рѣдки.

Поведеніе больныхъ внѣшне правильно; если есть странности, онѣ представляютъ отраженіе воображаемыхъ нападеній. Въ общемъ они держатся недурно. Нѣкоторые даже разъѣзжаютъ, чтобы ускользнуть отъ враговъ, все же могутъ въ отелѣ забаррикадировать комнату. Въ больницѣ они подчиняются режиму, поскольку имъ въ этомъ не препятствуютъ галлюцинаціи. Врача они признаютъ врачемъ и не относятъ его къ числу враговъ, а галлюцинаторныя сцены въ противоположность delirium tremens разыгрываются за предѣлами помѣщенія, въ которомъ находится больной. Bonhoeffer называетъ это даже „сознательнымъ бредомъ".

Физическіе симптомы незначительны. Страннымъ образомъ, симптомы основной болѣзни — хроническаго алкоголизма — иногда незамѣтны, во всякомъ случаѣ они въ среднемъ менѣе выражены, чѣмъ при всѣхъ другихъ алкогольныхъ заболѣваніяхъ. Въ очень острыхъ случаяхъ, гдѣ и такъ имѣется наклонность къ примѣси бѣлогорячечныхъ симптомовъ, можно наблюдать крупное дрожаніе и другіе признаки алкоголизма. — Сонъ всегда разстроенъ, но врядъ ли когда совершенно пропадаетъ какъ при delirium tremens.

Теченіе. Алгогольный бредъ развивается почти всегда внезапно. Предвѣстниковъ можетъ и не быть, но они могутъ и быть въ такой же формѣ, какъ при delirium tremens; галлюцинаціи чаще бываютъ въ видѣ акоазмъ, а не въ видѣ зрительныхъ обмановъ чувствъ, наряду съ этимъ страхи, раздражительность. Рѣдко наблюдается постепенный незамѣтный переходъ предвѣстниковъ въ бредъ въ теченіе нѣсколькихъ дней или даже недѣль. Исходъ обычно литическій, причемъ безразлично, тянулась ли болѣзнь нѣсколько дней или нѣсколько мѣсяцевъ.

Повторные приступы у одного и того же больного наблюдаются нерѣдко.

Обычно болѣзнь переходитъ въ выздоровленіе. Корсаковская болѣзнь никогда не наблюдается послѣ алкогольнаго бреда. Невыясненъ вопросъ, могутъ ли остаться бредовыя идеи и галлюцинаціи въ хронической формѣ. Во всякомъ случаѣ это наблюдается очень рѣдко, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, гдѣ раньше былъ параноидъ или гдѣ вообще имѣется (скрытая) шизофренія.

По теченію можно (по Kraepelin'у) различать острую и подострую форму, первая тянется отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль, вторая 2-3 мѣсяца. Не рѣдки и промежуточныя

формы. Однако, оба типа различаются и симптоматологически; въ подострыхъ не замѣчается никакихъ признаковъ спутанности, галлюцинаторныя сцены больше разработаны, больные проводятъ ихъ очень послѣдовательно и цѣльно мѣсяцами. Кромѣ того тутъ часто отсутствуютъ остальные алкогольные симптомы. Въ острыхъ случаяхъ, наоборотъ, алкоголизмъ болѣе даетъ себя знать, даже крупное дрожаніе и желудочныя явленія нерѣдки; голоса болѣе спутаны, странны, отрывочны, чаще обращаются прямо къ больному напр. съ бранью; здѣсь наблюдаются ритмическія фразы и повторенія, затѣмъ только тутъ наблюдается примѣсь симптомовъ delirium tremens, которые иногда настолько преобладаютъ, что не знаешь, съ какой изъ двухъ болѣзней имѣешь дѣло.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что симптоматологическая картина алкогольнаго бреда гораздо болѣе измѣнчива, чѣмъ при delirium tremens. Случаи съ медленнымъ теченіемъ ведутъ себя по внѣшности хорошо, поскольку они не реагируютъ на свои бредовыя идеи; они могутъ даже разъѣзжать, не обращая на себя ничьего вниманія. Однако страхи и безпокойство, оборонительныя мѣропріятія или разсказы о преслѣдованіяхъ легко выдаютъ болѣзнь. Въ наиболѣе острыхъ случаяхъ больные настолько поглощены своими бредовыми идеями и галлюцинаціями, что мало обращаютъ вниманія на окружающее и при поверхностномъ осмотрѣ кажутся спутанными, чего нѣтъ на самомъ дѣлѣ.

Болѣзнь эта не частая и распространена неравномѣрно (даже оставляя въ сторонѣ различія въ систематикѣ на мѣстахъ). По Kraepelin'у отношеніе къ delirium tremens равно 1:3, по Schroeder'у (Breslau) 1:20, у насъ приблиз. 1:44.

Алкогольный бредъ по Kraepelin'у сравнительно часто поражаетъ женщинъ.

Возрастъ больныхъ въ среднемъ ниже, чѣмъ при delirium tremens, по Schroeder'у онъ колеблется между 30 и 35 годами.

Причина и патологія еще совершенно не выяснены.

Интересно лишь отношеніе къ delirium tremens. Kraepelin и Bonhoeffer думаютъ, что процессъ въ обѣихъ формахъ одинъ и тотъ же, разница въ предрасположеніи или локализаціи страданія. Предполагается что „параноидная" конституція — по крайней мѣрѣ въ неизлѣчимыхъ случаяхъ благопріятствуетъ бреду, или же, что предрасположеніе заключается между прочимъ въ томъ, что зрительные деліранты становятся слуховыми галлюцинантами. Французы различаютъ зрительную и слуховую алкогольную горячку. Однако эти двѣ формы различаются еще во многихъ другихъ пунктахъ, и я поэтому не могу примкнуть къ данному мнѣнію.

Съ одной стороны „мы имѣемъ разстройство оріентировки, осмышленія, запоминанія", бредовое затемнѣніе сознанія, преобладаніе зрительныхъ обмановъ, повышенную внушаемость, сильное безпокойство, крупное дрожаніе, быстрое теченіе съ критическимъ паденіемъ, съ другой — сознательность, ясность, рѣзко выраженныя слуховыя галлюцинаціи, связныя бредовыя образованія, гораздо болѣе медленное теченіе, постепенное исчезновеніе болѣзненныхъ симптомовъ." [1])

Прибавлю, что и память разно поражается въ обоихъ случаяхъ, что содержаніе delirium tremens мало затрагиваетъ личность больного, а при алкогольномъ бредѣ регулярно принимаютъ участіе комплексы, хотя бы и поверхностные, вродѣ порока пьянства.

---

[1]) Kraepelin Psychiatrie 8-ое изд. Т. II стр. 199.

Болѣе важнымъ нежели клиническое различіе я считаю различіе въ этіологіи: алкогольная дегенерація меньше въ случаяхъ бреда, затѣмъ онъ не вызывается ослабляющими моментами, а скорѣе частыми эксцессами; затѣмъ трезвость повидимому необходима и во всякомъ случаѣ полезна для выздоровленія; больные, которые на волѣ продолжаютъ пить, продолжаютъ и галлюцинировать, въ то время какъ въ больницѣ они подъ вліяніемъ лишенія алкоголя выздоравливаютъ въ нѣсколько дней. Приходится поэтому предположить болѣе непосредственную связь съ алкогольнымъ отравленіемъ.[1]) Само отравленіе въ случаяхъ бреда производитъ впечатлѣніе болѣе легкаго и въ смыслѣ физическомъ (рѣдко наблюдается слабость сердца, дрожаніе), и въ смыслѣ психическомъ, ибо мышленіе и оріентировка врядъ ли когда разстраиваются. Это находитъ отраженіе и въ томъ, что алкогольный бредъ не ведетъ къ смерти и не влечетъ за собой Корсаковской болѣзни. Возможно у одного и того же больного появленіе и delirium tremens и алкогольнаго бреда, при чемъ они то чередуются, то ихъ симптомы перемѣшаны. Вполнѣ исключается предположеніе, что одна болѣзнь представляетъ другую въ болѣе сильной степени развитія.

Такимъ образомъ, можно привести довольно много возраженій противъ теоріи тожества обоихъ болѣзненныхъ процессовъ.

Въ тѣхъ подострыхъ случаяхъ, которые я до сихъ поръ видѣлъ, мнѣ всегда удавалось съ несомнѣнностью или съ большой вѣроятностью доказать, что кромѣ алкоголизма имѣлась давняя шизофренія. Только у одного больного я изъ анамнеза выяснилъ одну только дебильность. Однако и онъ, послѣ того какъ бредъ заглохъ, сталъ такимъ типичнымъ кататоникомъ, что я имѣю право не считать его исключеніемъ. И острые (рѣдкіе) случаи, которые я видѣлъ, всѣ проявляли тѣ или иныя аномаліи въ смыслѣ шизофреніи, хотя здѣсь связь была не такъ ясно выражена.[2])

Дифференціальная діагностика алкогольнаго бреда какъ таковою большею частью легка: уже анамнезъ обычно указываетъ на болѣзнь, еще яснѣе указываютъ на бредъ яркія и связныя галлюцинаціи. Я не знаю ни одного психоза съ слуховыми галлюцинаціями, связно драматически разработанными, говорящими о больномъ въ третьемъ лицѣ, гдѣ бы не игралъ роль алкоголизмъ. Затѣмъ, особенная живость галлюцинацій при сохраненной сознательности и оріентировкѣ съ несомнѣнностью свидѣтельствуетъ объ алкогольной окраскѣ. Трудности представляетъ только вопросъ, кроется ли за этимъ шизофренія. Однако, если ни въ анамнезѣ ни въ самой картинѣ болѣзни не обнаруживается шизофреническихъ признаковъ (живыя тѣлесныя галлюцинаціи, аффективныя разстройства), нельзя ставить плохого прогноза, даже если несомнѣнно имѣется шизофренія; она довольно рѣдко обостряется въ связи съ алкогольнымъ бредомъ.

Терапія. Больные, особенно въ началѣ очень опасны въ смыслѣ самоубійства и вообще въ теченіе болѣзни очень несносны, въ виду чего почти всегда показано лѣченіе въ больницѣ. При благопріятныхъ обстоятельствахъ можно тутъ же заняться и лѣченіемъ алкоголизма.

---

[1]) Только психическія вліянія, вродѣ внезапнаго горя и т. п. повидимому тоже могутъ вызвать взрывъ алкогольнаго бреда.

[2]) Можно было бы считать алкогольный бредъ простымъ шизофреническимъ синдромомъ, вызваннымъ алкоголемъ. За это говоритъ и то обстоятельство, что обычныя у шизофрениковъ отрывочныя слуховыя галлюцинаціи подъ вліяніемъ злоупотребленія алкоголемъ становятся связными.

Алкогольные психозы съ органическими симптомами.

Уже delirium tremens представляетъ опредѣленное отравленіе нервной системы съ намекомъ на периферическій невритъ, часто съ глазными симптомами на органической подкладкѣ и острымъ пораженіемъ нервныхъ элементовъ мозга. Однако, при delirium tremens преобладаютъ психическіе симптомы, которые повидимому скорѣе являются выраженіемъ функціональнаго отравленія центральной нервной системы и врядъ ли могутъ быть отнесены на счетъ ничтожныхъ разрушеній въ ней. Противоположность этимъ явленіямъ представляетъ чистый алкогольный невритъ и (рѣдкій) алкогольный міэлитъ, гдѣ повидимому имѣется одно только анатомическое разстройство, а психика остается вовсе не затронутой. Это острое пораженіе ткани можетъ задѣть преимущественно или исключительно мозгъ, тогда мы имѣемъ Корсаковскій психозъ, который характеризуется органическимъ симптомокомплексомъ, большею частью связаннымъ съ явленіями неврита. Въ другихъ случаяхъ процессъ кромѣ коры локализуется еще въ центрахъ, завѣдующихъ внутренними глазными мышцами и координаціей рѣчи, вслѣдствіе чего получается картина, похожая на прогр. параличъ (алкогольный псевдопараличъ). Между этими типичными случаями наблюдаются всевозможныя переходныя и смѣшанныя формы; число комбинацій увеличивается еще благодаря тому, что эти процессы могутъ быть хроническими и подострыми; особенно перерожденіе кожныхъ нервовъ и ревматическія боли протекаютъ хронически. Невриты отдѣльныхъ нервовъ, особенно n. peronei, могутъ развиться подостро; психозы въ родѣ Корсаковскаго, а еще чаще вродѣ псевдопаралича тоже требуютъ иногда мѣсяцевъ для своего развитія. Бываютъ конечно и легкіе „абортивные“ случаи.

Въ дѣйствительности мы такимъ образомъ встрѣчаемъ любыя комбинаціи хроническихъ и острыхъ невритовъ съ органическими и токсическими мозговыми явленіями (органическимъ мозговымъ процессамъ соотвѣтствуетъ органическій синдромъ, токсико-функціональнымъ — синдромъ delirium tremens); чистые случаи не слишкомъ часты, однако обычно одинъ изъ этихъ синдромовъ преобладаетъ. Delirium tremens особенно часто бываетъ связанъ съ остро развивающимися болѣзнями, невритическаго, псевдопаралитическаго или Корсаковскаго характера.

Ввиду этого дѣленіе острыхъ формъ на delirium tremens, Корсаковскую болѣзнь, псевдопараличъ, poliencephalitis sup. не дастъ намъ рѣзкихъ и принципіальныхъ границъ. Мы не знаемъ еще, имѣемъ ли мы тутъ дѣло съ комбинаціями различныхъ ядовъ или же ядъ одинъ, разница же заключается въ локализаціи, интенсивности и времени воздѣйствія.

Съ неврологической точки зрѣнія нужно упомянуть двѣ особенно замѣтныя формы: иногда особенно поражаются внутреннія и даже наружныя глазныя мышцы; тѣ случаи, которые я видѣлъ, протекали съ delirium tremens, нѣсколько затяжнымъ и не очень ясно выраженнымъ. Они выздоравливали въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. — Затѣмъ Charcot выдѣлилъ (двусторонній) алкогольный невритъ n. n. peronei съ параличемъ переднихъ мышцъ стопы и отвисаніемъ носковъ („пѣтушиная походка“) Повидимому эта форма наблюдается главнымъ образомъ у пьяницъ, пьющихъ утонченные напитки.

Алкогольный Корсаковскій психозъ.

(Хроническій алкогольный (делирій) бредъ по Kiefer'у и Bonhoeffer'у).

Корсаковскій психозъ въ большинствѣ случаевъ начинается delirium tremens, медленно затихающимъ и оставляющимъ послѣ себя органическій синдромъ. Неправильно и не соотвѣтствуетъ дѣйствительности считать характернымъ одинъ лишь „амнестическій симптомокомплексъ", ибо сюда же относятся и всѣ другіе органическіе симптомы.

Все же на первомъ планѣ стоитъ разстройство памяти. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ больные тутъ же забываютъ все, что только что съ ними произошло; при каждомъ посѣщеніи они разсказываютъ все одно и то же, выражаютъ одни и тѣ же желанія. Отдѣльные факты, особенно конфабуляціи, могутъ все таки фиксироваться на болѣе продолжительное время. Вначалѣ замѣчается большею частью опредѣленная граница по времени начала болѣзни; все, что случилось раньше, помнится еще. Однако со временемъ граница это стушевывается; дефектъ памяти можетъ тутъ, какъ и въ другихъ органическихъ болѣзняхъ, въ концѣ концовъ зайти очень далеко назадъ. — Только, когда больнымъ становится немного лучше, они начинаютъ замѣчать дефекты своей памяти и стараются помочь себѣ записями. До этого они сами заполняютъ пробѣлъ памяти самыми фантастическими конфабуляціями: они ни разу не смущаются, разсказываютъ (самопроизвольно или въ отвѣтъ на вопросъ) всевозможныя сочиненныя исторіи, большею частью такія, которыя еще кое какъ мыслимы, если не считаться съ дѣйствительной ситуаціей.

Общія воззрѣнія, которыя больной усвоилъ себѣ въ теченіе своей жизни, равно какъ болѣе простыя функціи и т. п., не пропадаютъ обычно. Обыкновенно больные также не испытываютъ затрудненій въ подысканіи словъ.

Настроеніе въ началѣ большею частью алкогольно-эйфорично, спустя мѣсяцы или годы оно можетъ измѣниться, стать мрачнымъ или безразличнымъ. Впрочемъ аффективность очень неустойчива, поддается легко воздѣйствію въ любомъ направленіи.

Оріентировка въ высшей степени разстроена. Больные теряютъ представленіе о времени и разбираются съ большимъ трудомъ въ мѣстѣ. Несмотря на это, больные безпечно ходятъ повсюду; они не замѣчаютъ своего дефекта и поэтому не чувствуютъ себя безпомощными.

Осмышленіе впечатлѣній органовъ чувствъ замедлено и легко становится неправильнымъ.

Активное вниманіе въ разговорѣ производитъ впечатлѣніе вполнѣ хорошаго; пассивное понижено.

Больные очень легко устаютъ отъ всякаго душевнаго напряженія.

Вначалѣ больные сравнительно оживлены, чѣмъ дальше, тѣмъ больше они замыкаются, тѣмъ больше падаетъ ихъ инціатива, интересъ къ окружающему и даже къ собственному благополучію.

Наблюдаются также сонные, ступорозные случаи, большею частью на почвѣ тяжелыхъ органическихъ пораженій, особенно въ области четверохолмія.

Въ общемъ, хронической характеръ принимаютъ только симптомы выпаденія (т. е. симптомы органическаго слабоумія, а не delirium, stupor и т. д.); однако иногда и въ дальнѣйшемъ попадаются состоянія спутанности, а особенно единичныя мимолетныя или болѣе постоянныя, но не разработанныя бредовыя идеи, преимущественно идеи быть обокраденнымъ или идеи преслѣдованія, иногда величія. У больныхъ, рѣзко слабоумныхъ, бредовыя идеи, а также конфабуляціи могутъ быть нелѣпыми: больной считаетъ себя „императоромъ фонъ-Ротшильдомъ" (Schroeder). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я видѣлъ впослѣдствіи шизофреноподобную картину, однако эти больные и раньше были не совсѣмъ нормальны, такъ что видимо тутъ имѣется комбинація алкогольной Корсаковской болѣзни съ шизофреніей.

Въ качествѣ физическихъ симптомовъ наблюдаются, помимо признаковъ хроническаго алкоголизма, симптомы общаго неврита: боли, параличи, атрофіи, контрактуры въ мышцахъ тѣла, въ глазахъ, въ области n. vagi, глотательныхъ нервовъ, рѣже пузыря и кишекъ. Сонъ въ стадіи делирія конечно разстроенъ, въ дальнѣйшемъ разстройство исчезаетъ.

Питаніе вначалѣ сильно страдаетъ. Въ хронической стадіи состояніе питанія нормально, а то даже вѣсъ больныхъ дѣлается больше, чѣмъ былъ раньше.

Часто наблюдаются, особенно вначалѣ болѣзни, эпилептиформные припадки.

Теченіе и прогнозъ. Развитію болѣзни обыкновенно предшествуютъ предвѣстники, такіе же, какъ при delirium tremens. Затѣмъ развивается delirium, обычно типа tremens, въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдаются другія формы. Бредъ медленно, съ колебаніями затихаетъ, оставляя за собою дефектъ памяти. Рѣже встрѣчается хроническая форма развитія Корсаковской болѣзни, требующая многихъ мѣсяцевъ, а то даже и больше году. И въ такихъ случаяхъ можетъ наступить улучшеніе или даже выздоровленіе.

Ступорозная форма почти всегда бываетъ острой.

Въ теченіе приблизительно года, иногда скорѣе, иногда медленнѣе, часть явленій улучшается — меньше всего это относится къ разстройству аффектовъ —, въ отдѣльныхъ случаяхъ работоспособность вполнѣ возстанавливается и можно говорить о практическомъ выздоровленіи. Большинство больныхъ навсегда остаются болѣе или менѣе слабоумными органиками, хотя иногда они въ больницѣ еще годятся на нѣкоторыя работы.

Гораздо чаще, иногда поразительно скоро, проходятъ невритическія явленія. Все же иногда атрофіи отдѣльныхъ мускуловъ не проходятъ.

Въ единичныхъ случаяхъ больные умираютъ въ остромъ стадіи, частью отъ сердечной слабости, часть отъ паралича n. vagi или отъ попаданія пищи въ дыхательное горло, или отъ другихъ случайностей.

Анатомія. Какъ выраженіе Корсаковскаго психоза мы находимъ анатомически въ мозгу диффузную гибель нервныхъ элементовъ, въ тяжелыхъ случаяхъ къ ней присоединяется воспалительная реакція мелкихъ сосудовъ, дающихъ отростки и размноженіе клѣтокъ. Наблюдаются и другія измѣненія сосудовъ, напр. гіалиновое перерожденіе. Слѣдствіемъ заболѣванія сосудовъ являются обильныя мелкія кровоизліянія. Наряду съ этимъ находятъ конечно измѣненія, свойственныя хроническому алкоголизму.

Патологія. Причина. Корсаковская болѣзнь, имѣющая анатомическую подкладку, представляетъ болѣе тяжелое заболѣваніе въ сравненіи съ delirium tremens, носящимъ болѣе функціональный характеръ. Она развивается позже, лѣтъ въ 40—50. Бросается въ глаза, что она относительно сильнѣе поражаетъ женщинъ; по Chotzen'у одинъ Корсаковскій случай приходится на 20 случаевъ delirium tremens у мужчинъ и только на 2 такихъ случая у женщинъ. У насъ разница еще больше; Корсаковская болѣзнь у мужчинъ значительно рѣже. Замѣчено также, что инфекціонныя болѣзни, маразмъ, высокая степень алкоголизма способствуютъ повидимому развитію болѣзни, и что она часто развивается послѣ многократно перенесеннаго delirium tremens. Это указываетъ на роль пониженной сопротивляемости нервной системы. Приходится однако принять въ соображеніе и родъ яда; тѣ женщины, которыхъ я видѣлъ, потребляли главнымъ образомъ ликеры, а извѣстно, что эссенціи причиняютъ невриты.

Дифференціальная діагностика большею частью легка. Уже въ начальномъ delirium tremens можно замѣтить меньшую отзывчивость, отсутствіе живой реакціи, затрудненіе въ пониманіи легкихъ вопросовъ, что при простой бѣлой горячкѣ не наблюдается. Для отличія отъ другихъ органическихъ болѣзней имѣетъ значеніе теченіе: на одной сторонѣ улучшеніе при отнятіи алкоголя, на другой — прогрессирующее, хотя и съ колебаніями слабоуміе; затѣмъ бредовыя идеи и конфабуляціи только въ рѣдкихъ случаяхъ пріобрѣтаютъ нелѣпый характеръ. Для отличія отъ прогр. паралича рѣшающую роль играетъ Вассермановская реакція въ спинномозговой жидкости. Въ случаяхъ, когда примѣшивается артеріосклерозъ или старость, трудно учесть долю участія каждой причины въ развитіи болѣзни. Отличіемъ отъ корсаковоподобнаго комплекса при травмахъ головы является острое развитіе послѣдняго и быстрое улучшеніе или выздоровленіе, а также то, что травма можетъ быть послѣдствіемъ начинающейся Корсаковской болѣзни. Точный анамнезъ пріобрѣтаетъ такимъ образомъ въ этихъ случаяхъ особое значеніе.

Терапія. Ясно, что необходимо длительное устраненіе яда, причинившаго болѣзнь, а это можно провести только въ больницѣ для душевнобольныхъ. Необходимость помѣщенія больного въ закрытое учрежденіе обусловливается также начальнымъ возбужденіемъ и главнымъ образомъ разстройствомъ оріентировки и памяти, лишающимъ больного возможности, правильно слѣдить за собой. Если наступаетъ частичное улучшеніе, можно этихъ больныхъ призрѣвать въ открытыхъ домахъ для бѣдныхъ, однако больныхъ тянетъ къ вину, а оно легко вызываетъ новое ухудшеніе.

Алкогольный псевдо-параличъ.

Алкогольнымъ псевдо-(прогр.)параличемъ называютъ опредѣленную форму Корсаковской болѣзни, когда вслѣдствіе особой локализаціи получаются физическіе симптомы прогр. паралича, особенно зрачковыя и рѣчевыя разстройства. Вопросъ о дифференціальной діагностикѣ по отношенію къ прогр. параличу возникаетъ, когда больные поступаютъ по поводу delirium tremens, а затѣмъ послѣдній проходитъ, и остается органическій симптомокомплексъ. Большею частью—пожалуй всегда—при псевдопараличѣ не бываетъ пышныхъ идей величія; онъ не сопровождается собственно маніакальнымъ состояніемъ; прогрессивный ходъ болѣзни въ больницѣ говоритъ больше за прогр. параличъ; однако съ несомнѣнностью можно рѣшить вопросъ въ началѣ только на основаніи Вассерман. реакціи въ спинномозговой жидкости. Алкогольный псевдо-параличъ можетъ улучшиться и даже пройти совсѣмъ.

Kraepelin называетъ „алкогольнымъ прогр. параличемъ" простую комбинацію прог. паралича съ алкогольными симптомами, главнымъ образомъ съ галлюцинаціями delirium tremens Другіе авторы употребляютъ это названіе въ смыслѣ алкогольнаго псевдо-(прогр.)паралича.

Poliencephalitis superior.

Уже въ обыкновенной Корсаковской болѣзни мы видимъ, что энцефалитическія измѣненія особенно охотно локализуются въ окружности третьяго и четвертаго желудочка, отъ хвостатаго тѣла до передней части ромбовидной ямки, особенно въ ядрахъ глазныхъ мышцъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ геморрагическій энцефалитъ этой мѣстности представляетъ единственное или главное страданіе. Соотвѣтствующая картина болѣзни относится больше въ области мозговой патологіи, нежели психіатріи. Однако нерѣдко эти случаи попадаютъ и въ психіатрическія больницы, такъ какъ въ началѣ больные бываютъ спутаны, а потомъ дѣлаются сонными и коматозными. Особенно бросаются въ глаза параличи наружныхъ, а иногда и внутреннихъ глазныхъ мышцъ; больные обычно погибаютъ въ концѣ первой или второй недѣли отъ общаго паралича. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больные выживаютъ и выздоравливаютъ или переходятъ въ Корсаково-подобное состояніе.

Алкогольный лейкэнцефалитъ мозолистаго тѣла.

Marchia fava и его ученики описали алкогольную болѣзнь, при которой постепенно погибаютъ внутреннія двѣ трети волоконъ мозолистаго тѣла на всемъ протяженіи. Поражаются и другія части мозга, особенно передняя коммиссура. Повидимому, подобныя явленія были найдены и при Корсаковской болѣзни, такъ что можетъ быть и тутъ ничего новаго нѣтъ.

Данная болѣзнь, однако, имѣетъ болѣе хроническій характеръ, и ведетъ къ смерти въ теченіе 2-6 лѣтъ: сначала постепенно развивается органическое слабоуміе, часто въ соединеніи съ эпилептиформными припадками. въ дальнѣйшемъ присоедняется спутанность; смерть наступаетъ въ комѣ или отъ маразма.

Хроническій бредъ ревности пьяницъ и алкогольная параноя.

Алкогольный бредъ ревности обыкновенно колеблется параллельно количеству потребляемыхъ напитковъ и быстро проходитъ при принудительной трезвости въ больницѣ. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ онъ остается и по прекращеніи злоупотребленія спиртными напитками и даже можетъ стать неизлѣчимымъ.

Къ этому могутъ также присоединиться дальнѣйшія бредовыя образованія и галлюцинаціи, особенно слуховыя, такъ что получается

полная „алкогольная параноя“. Симптоматически ея однако нельзя отграничить отъ тѣхъ параноидныхъ формъ, въ которыхъ специфическіе симптомы шизофреніи не рѣзко выражены. Во всякомъ случаѣ для такого исхода болѣзни требуется особое предрасположеніе, которое уже раньше выражалось въ недовѣрчивости, упрямствѣ или даже опредѣленныхъ шизофреноподобныхъ странностяхъ. Подавляющее большинство случаевъ, которымъ другіе поставили діагнозъ алкогольной паранои, я безусловно считаю шизофрениками, которые попутно были алкоголиками, вслѣдствіе чего ихъ галлюцинаціи и бредовыя идеи получили отчасти алкогольную окраску. Они собственно говоря были больны еще раньше, чѣмъ стали пьяницами. Можно, конечно, допустить, что обусловленный алкоголизмомъ бредъ можетъ иногда фиксироваться, и что особенно алкогольный бредъ отношенія можетъ держаться и независимо отъ эксцессовъ; однако, имѣющіяся данныя не вызываютъ необходимости признанія особой алкогольной паранои. Во всякомъ случаѣ эта параноя относительно мало зависитъ отъ количества потребленныхъ напитковъ.

Запой (dipsomania).

Существуютъ разнаго рода психопаты, у которыхъ отъ времени до времени наблюдаются колебанія настроенія. Если эти больные пробуютъ виномъ залить настроеніе, симптомы съ теченіемъ времени становятся чаще и интенсивнѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ настолько тѣсно ассоціируются съ идеей алкоголя, что больныхъ въ это время съ непреодолимой силой тянетъ пить. Въ чемъ состоитъ это измѣненіе настроенія трудно описать, да и не у всѣхъ больныхъ оно одинаково: почти всегда имѣется своего рода міровая скорбь, какая то тоска, раздражительность по отношенію ко всему; однако не въ этомъ суть; больнымъ овладѣваетъ неописуемое чувство ужасной жути, какое то „невыносимое“ состояніе. Мышленіе суживается, можетъ быть даже затуманивается; объясняется ли это аффектомъ или это самостоятельное сопутствующее явленіе, я не знаю. Чтобы избавиться отъ этого состоянія, больные пьютъ алкоголь въ самыхъ разнообразныхъ формахъ, охотнѣе всего въ концентрированномъ видѣ, иногда другія вещи, эѳиръ и даже керосинъ. Въ дѣйствительности однако состояніе это отъ алкоголя нисколько или вовсе не улучшается. Нѣкоторые больные требуютъ, чтобы имъ носили питье домой въ комнату, другіе идутъ въ кабакъ; у кого чувство стыда еще сохранилось, тѣ выискиваютъ отдаленный или малоизвѣстный кабакъ, гдѣ они не рискуютъ встрѣтить знакомыхъ; другіе ходятъ изъ кабака въ кабакъ. Большинство во время питья чуждается людей, нѣкоторые скандалятъ, вступаютъ въ ссоры. Опьяненіе въ собственномъ смыслѣ не наступаетъ. Черезъ 2-8 дней приступъ проходитъ; очнувшись, большею частью послѣ сна, больной оказывается то въ трактирѣ, то въ полиціи. Все, что у него было, онъ истратилъ на алкоголь, иногда на немъ остается только самое необходимое изъ платья. Память не вполнѣ сохраняется; голова трещитъ, какъ послѣ обыкновеннаго пьянства. Имъ стыдно того, что было, они преисполняются наилучшихъ намѣреній, но тщетно.

Въ промежуткахъ, которые могутъ тянуться недѣлями и даже мѣсяцами, большинство больныхъ пьютъ умѣренно, нѣкоторые вовсе не пьютъ; однако бываютъ хроническіе алкоголики, которые, въ то же время, иногда страдаютъ запоемъ или же отъ алкоголизма становятся запойными пьяницами. Лучшіе изъ нихъ могутъ иногда сохранять за собою мѣста и должность или въ случая нужды они въ состояніи подыскать себѣ новое мѣсто.

Въ чемъ состоитъ предрасположеніе къ запою мы еще не знаемъ. Повидимому, оно не во всѣхъ случаяхъ одинаково. Большинство больныхъ психопаты, но опредѣленно классифицировать ихъ мы еще не можемъ. Другіе являются эпилептиками, по крайней мѣрѣ по всему душевному habitus'у они эпилептоидны; попадаются и шизофреники. Далѣе, похожіе симптомы могутъ быть вызваны короткими депрессіями въ случаяхъ, которые мы должны причислить къ маніакально-депрессивному психозу. Повидимому, въ основѣ колебанія настроенія можетъ лежать и мозговая травма; въ одномъ случаѣ симптомы эти были связаны съ поріоманическими наклонностями.

Въ качествѣ причинъ, вызывающихъ отдѣльный приступъ иногда упоминаются огорченіе, переутомленіе работой; такъ ли это, я не могу рѣшить. Во всякомъ случаѣ заболѣваніе развивается изъ внутри.

Возрастъ. Первыя колебанія настроенія замѣчаются иногда уже вскорѣ послѣ періода полового созрѣванія; къ врачу больные попадаютъ большею частью въ (раннемъ или позднемъ) зрѣломъ возрастѣ.

Дифференціальная діагностика обычно легка. Больные обычно ясно описываютъ свое навязчивое стремленіе, разница въ поведеніи въ хорошіе и дурные періоды поражающе велика. Несмотря на это, намъ присылаютъ массу алкоголиковъ какъ запойныхъ, хотя они ими вовсе не были, это люди которые выпиваютъ случайно, въ день получки, а помимо этого не пьютъ, затѣмъ неустойчивыя, колеблющіяся натуры, которыя то пускаются во всѣ тяжкія, то берутъ себя въ руки.

Если не лѣчить, зло со временемъ все увеличивается. Однако вмѣшательство наше тоже не даетъ большого успѣха. Въ случаяхъ похожихъ на эпилепсію, бромъ дѣйствуетъ только въ видѣ исключенія. Скорѣе можно чего либо добиться регулировкой всего образа жизни и предоставленіемъ больному возможности продѣлать большое количество припадковъ подъ защитой закрытой лѣчебницы. Колебаніе настроенія становится тогда постепенно рѣже и слабѣе. Такъ какъ для этого требуются годы, обыкновенно терпѣніе теряется раньше, чѣмъ достигается излѣченіе и приходится при новомъ эксцессѣ опять начинать сызнова. Часто пробуютъ поэтому держать больного въ промежуткахъ внѣ лѣчебницы съ тѣмъ, чтобы наблюдать за нимъ и интернировать его, какъ только появятся предвѣстники приступа. Однако и съ этимъ далеко не уйдешь, такъ какъ въ критическій моментъ у больного нѣтъ достаточнаго сознанія болѣзни и силы воли. И у родныхъ, стоитъ имъ позабыть послѣдній эксцессъ, не проявляется должная энергія къ немедленнымъ мѣропріятіямъ.

Алкогольная эпилепсія.

У особо предрасположенныхъ людей острый алкоголизмъ вызываетъ эпилептиформные припадки, у хрониковъ мы часто видимъ типичные припадки, особенно, если имѣются добавочныя мозговыя разстройства, delirium tremens, Корсаковская болѣзнь, лейкэнцефалитъ. Припадки представляютъ тутъ не что иное, какъ симптомъ алкоголизма. Однако иногда у пьяницъ наблюдается развитіе въ зрѣломъ возрастѣ эпилепсіи, протекающей въ общемъ такъ же, какъ обыкновенная генуинная эпилепсія. Часть случаетъ поддается въ началѣ лѣченію путемъ лишенія алкоголя, другіе кончаютъ постепеннымъ переходомъ въ слабоуміе съ эпилептическимъ характеромъ. Kraepelin думаетъ, что при алкогольной эпилепсіи судорожные припадки эпилепсіи, какъ будто отсутствуютъ, если только это не комбинація обыкновенной эпилепсіи съ алкоголизмомъ.

Вѣроятно, обычные припадки пьяницъ особенно тѣ, за которыми слѣдуетъ delirium tremens, не представляютъ настоящей эпилепсіи, а развиваются на почвѣ другихъ отравленій, напр. того же, которое вызываетъ delirium tremens. Въ другихъ случаяхъ приходится допустить особенное предрасположеніе къ эпилепсіи; часто совпаденіе обѣихъ болѣзней можетъ носить случайный характеръ или же предрасположеніе къ пьянству обусловлено эпилептическимъ характеромъ. Однако, среди лицъ, поздно (послѣ 35 лѣтъ приблизительно) заболѣвающихъ эпилепсіей, большинство составляютъ мужчины обычно алкоголики, затѣмъ и другіе аналогичные случаи въ началѣ поддаются еще повидимому излѣченію путемъ трезвости. Приходится поэтому считать алкоголизмъ существеннымъ, причиннымъ моментомъ этихъ заболѣваній т. е. нужно признать существованіе алкогольной эпилепсіи въ собственномъ смыслѣ слова.

Лѣченіе, какъ и въ обыкновенной эпилепсіи трезвость, иногда бромъ; однако въ тѣхъ, правда немногочисленныхъ случаяхъ, которые я долго наблюдалъ, бромъ ничего не далъ.

Алкогольная меланхолія.

Не очень рѣдко наблюдаются у пьяницъ депрессивныя состоянія, которыя симптоматологически не отличаются отъ меланхоліи маніакально-депрессивнаго психоза, хотя бредовыя идеи носятъ рудиментарный характеръ. Эти состоянія тянутся однако недолго, большею частью недѣли двѣ. Нерѣдко могутъ быть и болѣе короткіе приступы, однако они естественно врядъ ли доходятъ до врача. [1]) Часть самоубійствъ пьяницъ нужно отнести на счетъ этихъ депрессій. У одного и того же больного приступы могутъ многократно повторяться. Алкогольная ихъ натура сказывается въ томъ, что при трезвомъ и даже просто умѣренномъ образѣ жизни они не появляются.

---

[1]) Нельзя рѣзко отграничить отъ алкогольной меланхоліи „пьяное горе“ если оно затягивается „нравственное похмѣлье“, когда оно сильнѣе выражено.

Алкогольный ступоръ.

Wernicke признаетъ также алкогольный ступоръ. Большинство этихъ больныхъ мы должны отнести къ шизофреніи, причемъ алкоголизмъ является случайнымъ осложненіемъ или же его можно считать моментомъ, вызывающимъ кататоническій ступоръ. Другіе ступорозные случаи относятся къ органическимъ алкогольнымъ психозамъ, особенно къ polioencephalitis superior. Настоящаго алкогольнаго ступора я еще никогда не видѣлъ; но можетъ быть онъ гдѣ нибудь наблюдается.

В. Морфинизмъ.

Хроническое употребленіе морфія влечетъ за собой обыкновенно множество непріятныхъ явленій. Работоспособность уменьшается во всѣхъ отношеніяхъ, главнымъ же образомъ, она становится неравномѣрной; благодаря прогрессирующей утомляемости выдержка въ работѣ достигается лишь искусственно постоянными пріемами алкалоида. Память становится неточной. Даже у людей съ хорошими задатками характера появляется наклонность къ баснословной лживости, которая вовсе не всегда касается одного только добыванія морфія и вообще того, что связано съ этой страстью. Морфинистъ, поступая въ лѣчебницу, клянется всѣмъ, что ему дорого, что у него морфія съ собою нѣтъ. Большею частью, однако, находятъ порядочныя количества въ платьѣ, въ подошвахъ, въ любыхъ полостяхъ тѣла, въ вещахъ. Каждый пузырекъ, который обнаруживается, вызываетъ новыя клятвы: больше уже нѣтъ, это послѣдній. Точно такъ же больные обманываютъ и самихъ себя, ибо они подвергаются лѣченію, чтобы вылѣчиться, но съ самаго начала устраиваются такъ, что ихъ можно вылѣчить только противъ ихъ желаній. И въ другихъ отношеніяхъ характеръ часто мѣняется къ худшему. Чувство долга уменьшается или, по крайней мѣрѣ, заглушается малѣйшими непріятными ощущеніями; больные проявляютъ и въ другихъ отношеніяхъ небрежность, слабость воли. В ъ а ф ф е к т и в н о й с ф е р ѣ замѣчаются колебанія, но больше внутренняго происхожденія, а не какъ реакція на опредѣленныя представленія. Настроеніе разное — въ общемъ оно соотвѣтствуетъ величинѣ промежутка, прошедшаго со времени послѣдней инъекціи. Наблюдается также чувство страха. Въ тяжелыхъ случаяхъ бываютъ повидимому бредовыя состоянія, иногда похожія на delirium tremens. Вѣроятно, въ этихъ случаяхъ, имѣется смѣшанное дѣйствіе другихъ ядовъ, особенно алкоголя и кокаина.

Ф и з и ч е с к і е с и м п т о м ы заключаются въ дрожаніи, въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходить до легкихъ координаторныхъ разстройствъ во всѣхъ областяхъ, даже въ органахъ рѣчи и глазныхъ мышцахъ; затѣмъ появляются всякаго рода парэстезіи, боли или неподдающіяся точному описанію ощущенія, свистъ въ ушахъ, чувство холода или жара; пульсъ становится неравномѣрнымъ во многихъ отношеніяхъ; часто бываетъ сердцебіеніе, пищевареніе неправильно, поносы смѣняются запорами. Въ тяжелыхъ случаяхъ развивается съ годами извѣстный маразмъ, кожа становится сѣроватой, вялой. С о н ъ плохой, несмотря на чувство усталости днемъ. L i b i d o и п о т е н ц і я падаютъ, иногда до нуля; менструаціи прекращаются.

Всѣ субъективныя жалобы сразу — за исключеніемъ далеко зашедшихъ случаевъ — проходятъ послѣ пріема новой порціи мор-

фія. Однако организмъ находитъ всегда пути — скорые и ли медленные, глядя по конституціи — для разрушенія яда, и требуетъ поэтому все возрастающихъ дозъ. Вмѣстѣ съ этимъ растутъ и жалобы, а возможность доставать сколько нужно алкалоиду и въ достаточныхъ количествахъ его впрыскивать — все уменьшается. Повышеніе дозы, такимъ образомъ, на практикѣ имѣетъ границы, которыя обычно колеблются въ предѣлахъ одного грамма pro die, рѣдко больше, хотя наблюдались будто бы суточныя дозы до 20 грамъ.

Однако большія дозы наносятъ больнымъ тяжелый ущербъ въ смыслѣ ихъ здоровья, общественнаго положенія и особенно работоспособности. Они пытаются спустить дозы, но существенныхъ результатовъ рѣдко кто изъ нихъ достигаетъ. Явленія лишенія слишкомъ невыносимы. Они заключаются во всевозможныхъ боляхъ, иногда во всемъ животѣ, въ дрожаніи, зѣвотѣ, потахъ, тошнотѣ до рвоты, поносахъ, сердцебіеніи и плохомъ пульсѣ, угрожающемъ жизни, затѣмъ въ чувствѣ тоскливаго безпокойства, что для больныхъ можетъ быть всего хуже. Лишеніе морфія можетъ какъ будто вызвать даже бредъ.

Такого рода морфійный голодъ повидимому представляетъ одно изъ самыхъ мучительныхъ состояній, которыя вообще существуютъ. Если организмъ не получаетъ новой порціи морфія, пріемъ пищи дѣлается почти невозможнымъ, вѣсъ тѣла падаетъ; только спустя нѣсколько дней больные начинаютъ поправляться.

Мы еще не знаемъ точно, что лежитъ въ основѣ явленій лишенія.

Причины. Большинство морфинистовъ ab ovo психопаты. Даже высокоодаренные и знаменитые люди становятся жертвой этой страсти; нѣкоторые изъ нихъ, несмотря на это, оставались все время на высотѣ. Какъ ни странно, приходится напомнить, что эти люди, какъ и алкоголики геніи, стали знамениты не потому что они прибѣгали къ помощи яда; геніальные люди просто устроены не такъ, какъ обыкновенные люди, съ одной стороны они геніи, съ другой стороны они наклонны къ разнымъ аномаліямъ, которыя мы можемъ назвать слабостями. Изъ случайныхъ причинъ назовемъ боли, которыя лѣчатъ морфіемъ, затѣмъ опредѣленная отъ первой же дозы эйфорическая реакція, которая тянетъ повторить. Большинство больныхъ, естественно, лица медицинскаго званія; низшія сословія мало въ этомъ участвуютъ, ибо морфій дорого стоитъ. Виновными, въ большомъ количествѣ случаевъ, являются врачи, дѣлающіе ненужныя инъекціи морфія, а то даже дающіе больному въ руки шприцъ. Особеннно опасны врачи морфинисты; страсть къ алкалоиду, подобно алкоголизму, влечетъ за собою потребность искать общества единомышленниковъ и вербовать прозелитовъ. Раньше существовали у насъ напр. дамскіе кружки, гдѣ участницъ объединяло употребленіе морфія; существуютъ ли они и сейчасъ, я не знаю.

Морфинистъ или вовсе не идетъ къ врачу или если ужъ обращается, то большею частью прямо называетъ свою болѣзнь, поэтому рѣдко приходится ставить діагнозъ по симптомамъ. Нужно всегда имѣть въ виду возможность морфинизма, когда имѣешь дѣло съ людьми, у которыхъ настроеніе колеблется, то они тоскливы, расклеены, разслаблены, дрожатъ, то — особенно, послѣ того, какъ

они ушли на нѣсколько минутъ — они опять хорошо настроены. Сѣровато-вялая кожа часто выдаетъ эту болѣзнь. Рубцы отъ уколовъ потому такъ часты, что больнымъ некогда возиться съ асептикой, они дѣлаютъ впрыскиванія даже черезъ платье и тѣмъ вызываютъ абсцессы. Въ мочѣ, далеко не всегда, можно обнаружить морфій. Если нужно провѣрить выздоровленіе морфиниста или отсутствіе рецидива, ничего не остается дѣлать, какъ прибѣгнуть къ тщательному наблюденію.

Прогнозъ, больше ючастью, печальный; окончательныя излѣченія наблюдаются, но они составляютъ ничтожное меньшинство. Правда, многіе изъ этихъ больныхъ внѣшне сохраняютъ свое положеніе, но немногіе изъ нихъ остаются полноцѣнными людьми; ихъ бросаетъ отъ страданія къ эйфоріи и наоборотъ, а если они даже могутъ работать, то только въ полной зависимости отъ шприца съ морфіемъ. Многіе погибаютъ и физически и соціально. Всѣ силы уходятъ на добываніе морфія; препятствія больные обходятъ съ поразительной ловкостью, не брезгая при этомъ ложью, воровствомъ и обманомъ.

Терапія требуетъ прежде всего отнятія морфія. Раціональнѣе всего было бы сразу отнять морфій; у меня не хватаетъ однако духу причинить человѣку столько страданій; кромѣ того, до нѣкоторой степени это опасно для жизни. Если растянуть это на нѣсколько недѣль (въ легкихъ случаяхъ на одну), растягиваются правда и страданія, однако тогда это вполнѣ выносимо, особенно если взять на себя трудъ, лично во всякое время дня и ночи провѣрить требованіе морфія и если нужно — но только тогда — дать сразу дѣйствительную дозу.

Если одновременно употребляется и кокаинъ, его можно почти всегда немедленно и съ пользой для дѣла отставить совершенно. Нужно, по возможности, въ началѣ лѣченія постараться узнать, какъ велика ежедневная доза больного, и сразу же сойти на треть или половину этой дозы. Больной самъ сообщаетъ слишкомъ высокія цыфры. Рекомендуется сразу заявить больному, что ему ни разу не скажутъ, какую дозу ему впрыскиваютъ. Тогда не приходится больного обманывать, прекращаются всѣ споры, а главное, больной избѣгаетъ страховъ и волненій на тему о томъ, хватитъ ли ему опредѣленнаго количества, особенно если онъ видитъ, что его не заставляютъ зря мучиться. — Настоятельно совѣтую избѣгать спеціальныхъ лѣчебницъ, если не знаешь ихъ какъ слѣдуетъ.

Если хотятъ что нибудь предпринять противъ явленій лишенія, можно назначить продолжительныя теплыя ванны противъ безпокойства и бсзсонницы. Мѣстное примѣненіе холода иногда смягчаетъ сердцебіеніе; противъ рвоты и повышенной кислотности желудочнаго сока помогаютъ кусочки льда и щелочныя воды; иногда недурно переносится молоко со льдомъ, если нужно съ примѣсью концентрированныхъ питательныхъ веществъ вродѣ Hygiama и т. п.; нужно лѣчить и поносы напр. таннальбиновыми клизмами. Снотворныя давать только въ очень серьезныхъ случаяхъ. Никогда не слѣдуетъ замѣнять морфій кокаиномъ или другимъ средствомъ, это значитъ попасть изъ огня да въ полымя.

Отъ больного нечего ждать особенной поддержки. Наиболѣе отважные изъ нихъ и то обуяны страхомъ, что ихъ заставятъ очень страдать, и поэтому они всячески требуютъ морфія больше, чѣмъ они сами въ данный моментъ считаютъ нужнымъ. Попытки какъ нибудь, особенно подкупомъ персонала, достать алкалоидъ, представляютъ заурядное явленіе. Необходимъ, такимъ образомъ, вполнѣ надежный герметическій надзоръ. Только въ исключительныхъ случаяхъ удается провести отученіе отъ морфія внѣ закрытаго лѣчебнаго учрежденія.

Изъ химическихъ средствъ, предложенныхъ для облегченія отученія, ни одно не оправдало своего назначенія; большинство изъ нихъ просто мошеничество.

За отученіемъ отъ морфія слѣдуетъ болѣе важная и болѣе трудная задача, воспитать характеръ больного, научить его переносить непріятности, не прибѣгая къ опорѣ химическаго костыля. Правда рѣдко удается окончательно разорвать прочную ассоціацію: непріятность — морфій; получается впечатлѣніе, что не только психическія измѣненія, но и прямо таки химико-органическія измѣненія нервной системы создали механизмы, вынуждающіе прибѣгать къ морфію. Рецидивы представляютъ, поэтому, заурядное явленіе. Извѣстную гарантію даетъ совѣтъ Kraepelin'a брать съ больного обязательство ежегодно помѣщаться въ закрытое лѣчебное учрежденіе для тщательнаго наблюденія. Конечно, по возможности, нужно стараться урегулировать внѣшнія условія такъ, чтобы устранить депрессивныя вліянія; при физическихъ заболѣваніяхъ, по возможности, укладывать больного въ постель, чтобы подавить соблазнъ достать морфій. Само собою понятно, что нужно избѣгать всѣхъ остальныхъ ядовъ, особенно алкоголя.

Рекомендуютъ въ неизлѣчимыхъ случаяхъ держать потребленіе на умѣренной высотѣ; если больной хоть немного самъ помогаетъ, это можно устроить такимъ образомъ, что заставляютъ больного ежегодно продѣлывать курсъ лѣченія въ санаторіи, при этомъ удается уменьшить дозу, которая въ промежуткѣ передъ этимъ успѣла постепенно возрасти. Нужно, однако, каждый разъ хорошенько подумать, стоитъ ли заключить такой союзъ съ діаволомъ, дѣлающій врача и больного и его окружающихъ равнодушными къ столь тяжелой и заразительной страсти.

Профилактическія мѣропріятія должны бы быть понятны сами собою: никогда не слѣдуетъ примѣнять морфія безъ точныхъ показаній, особенно подолгу; ни въ коемъ случаѣ нельзя оставить больному шприцъ. Не совѣтую также, безъ нужды, говорить больному, что ему назначается морфій. Гдѣ врачъ предвидитъ опасность, нужно написать на рецептѣ: „ne repetatur". Не нужно также прописывать морфій самому себѣ, или примѣнять его, когда онъ подъ руками. Во всякомъ случаѣ всякій врачъ морфинистъ долженъ, впредь до излѣченія, быть лишенъ права практики.

Къ морфинизму примыкаетъ **опіофагія и куреніе опія.** И то и другое у насъ не играетъ большой роли. Явленія и лѣченіе опіофагіи ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ морфинизма. О куреніи опія мы имѣемъ мало точныхъ данныхъ.

Замѣчательное осложненіе было у одного нашего больного, который сталъ опіофагомъ отъ порошковъ висмута съ опіемъ, и постоянно принималъ это лѣкарство; отъ этого онъ получилъ хроническое отравленіе висмутомъ безъ особенно сильныхъ опійныхъ симптомовъ.

C. Кокаинизмъ.

Въ кокаинизмѣ можно различить нѣсколько типовъ, впрочемъ границы ихъ нерѣзки и они не исчерпываютъ многообразія картины болѣзни. Такъ, наблюдается послѣ сравнительно короткаго, отъ нѣсколькихъ недѣль до нѣсколькихъ лѣтъ злоупотребленія **корсаково-подобное разстройство памяти** съ повышенной раздражительностью, слабостью воли, скачкой идей въ легкой степени и суетливостью безъ толка. Иногда къ этому присоединяются координаторныя разстройства, похожія на опъяненіе; наступаетъ разслабленіе, кожа становится вялой, потенція пропадаетъ, сонъ недостаточный. Всѣ симптомы, и разстройство памяти въ томъ числѣ, послѣ отнятія алкалоида проходятъ довольно быстро.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивается **кокаиновый бредъ**, характеризующійся очень мелкими зрительными и слуховыми галлюцинаціями въ формѣ червячковъ и другихъ паразитовъ, больные иногда хотятъ ихъ демонстрировать путёмъ мискроскопа, будучи увѣрены, что сдѣлали большое открытіе. Одинъ нашъ больной видѣлъ, какъ функціонируютъ клѣтки его сѣрчатки и дѣлалъ научные и терапевтическіе выводы изъ этого. Голоса въ этихъ состояніяхъ наблюдаются рѣже. Иногда бываютъ обрывки бреда преслѣдованія. Въ другихъ случаяхъ этотъ бредъ выдвигается на первый планъ, особенно въ формѣ необузданнаго бреда ревности (Kraepelin). При этомъ сравнительно большую роль играютъ голоса. Въ томъ и другомъ состояніи больные сознательны, оріентированы; если они считаютъ себя преслѣдуемыми они могутъ стать опасны.

Психозъ развивается, большею частью, въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, галлюцинаціи исчезаютъ спустя недѣлю другую послѣ отнятія яда; бредовыя идеи могутъ держаться значительно дольше.

Послѣдніе годы внезапно, какъ пожаръ вспыхнула, особенно въ кругахъ полусвѣта и художниковъ, а также среди студентовъ и гимназистовъ, необычно опасная эпидемія **нюханія кокаина**; распространяется она большею частью путемъ соблазна, рѣже черезъ посредство нюхательныхъ порошковъ противъ насморка, содержащихъ кокаинъ; ихъ отпускаютъ безъ рецепта, что слѣдовало бы запретить. Такъ какъ обычно доза очень скоро доходитъ до нѣсколькихъ граммовъ въ день, то съ одной стороны и болѣе крупныя состоянія подвергаются опасности расточенія, а съ другой стороны, тѣ, кто загребаютъ барыши, становятся усердными соблазнителями.

По Hans W. Mayer'у первыя дозы производятъ легкое головокруженіе и головную боль, которыя очень быстро смѣняются необыкновенно хорошимъ самочувствіемъ. Больные, при этомъ, чувствуютъ себя, какъ бы вдохновленными, болѣе обычнаго работоспособными; послѣднее вѣрно и на самомъ дѣлѣ, хотя практическіе результаты довольно скоро падаютъ ввиду недостаточной выдержки и устойчивости. Можетъ появиться намекъ на скачку идей. Нѣкоторые лежатъ часами въ яркихъ грезахъ, не теряя все же окончательно чувства

критики. У другихъ быстро появляются иллюзіи и галлюцинаціи, главнымъ образомъ зрительныя, но также и слуховыя; преимущество отдается быстро смѣняющимся мелкимъ объектамъ. Шизофреноподобное раздвоеніе сознанія позволяетъ отравленному понимать до извѣстной степени болѣзненность своихъ воспріятій, хотя черезъ минуту они могутъ вновь твердо вѣрить въ ихъ реальность. Благодаря повышенной внушаемости цѣлый кружокъ одновременнно можетъ испытывать одни и тѣ же галлюцинаціи. На высотѣ отравленія въ фантазмахъ рисуется, большею частью, исполненіе желаній, послѣ отнятія яда они (фантазмы) принимаютъ угрожающій и устрашающій характеръ; это обстоятельство въ связи съ непріятными явленіями со стороны желудка и чувствомъ ползанія мурашекъ въ кожѣ побуждаетъ больного вновь принимать кокаинъ. Только при длительномъ злоупотребленіи теряется совершенно чувство критики, связность ассоціацій нарушается и дѣло доходитъ до вышеописаннаго кокаиннаго бредового состоянія.

Libido sexualis у мужчинъ исчезаетъ быстро, у женщинъ наоборотъ оно повышается и доходитъ до потребности во всевозможныхъ извращеніяхъ. Физически обращаютъ на себя вниманіе широкіе, вяло реагирующіе зрачки; больныхъ тяготитъ нервное сердцебіеніе; сухость въ горлѣ заставляетъ ихъ безъ конца пить, аппетитъ пропадаетъ, въ концѣ концовъ наступаетъ маразмъ и жировое перерожденіе печени. Сердечный коллапсъ, параличъ дыханія, самоубійство, иногда обрываютъ это печальное состояніе. Виды на излѣченіе отъ кокаинизма еще безотраднѣе, чѣмъ при морфинизмѣ, ибо тутъ еще рѣже дѣло обходится безъ рецидивовъ.

Очень значительныхъ явленій лишенія мы не наблюдаемъ. Кокаинъ можно поэтому сразу отнять. Въ большинствѣ случаевъ, однако, больные принимаютъ параллельно и другіе яды, отученіе отъ которыхъ требуетъ еще много времени. Да и вообще послѣдовательное лѣченіе (перевоспитаніе) должно проводиться долго при тщательномъ надзорѣ (свыше полугода).

IV. Инфекціонные психозы.

Безчисленное количество всевозможнаго рода воздѣйствій можетъ нарушить мозговую дѣятельность въ теченіе инфекцій: разные токсины и антитоксины и обусловленные ими ненормальные продукты обмѣна веществъ, затѣмъ можетъ быть слабость, лихорадка и т. д. Наши наблюденія еще далеки отъ того, чтобы уловить все разнообразіе вытекающихъ изъ этого картинъ болѣзни. Мы отмѣчаетъ только грубыя различія, однако они такъ мало соотвѣтствуютъ разнообразію причинныхъ моментовъ, что авторъ монографіи объ этихъ состояніяхъ (Bonhoeffer) по серьезнымъ основаніямъ выдѣлилъ только синдромы. Тѣмъ не менѣе мы придерживаемся изложенія Kraepelin'а, который не отказывается окончательно отъ представленія взаимной связи между причиной и дѣйствіемъ. Онъ различаетъ лихорадочный бредъ, инфекціонный бредъ, острую спутанность (amentia), инфекціонное состояніе слабости.

А. Лихорадочный бредъ.

На высотѣ лихорадочныхъ заболѣваній мы наблюдаемъ бредъ; къ сожалѣнію онъ съ психіатрической точки зрѣнія мало изученъ. Различаютъ четыре степени: 1. Предвѣстники, съ плохимъ самочувствіемъ, тяжестью въ головѣ, впечатлительностью, страшными снами и т. д. 2. Иллюзіи и галлюцинаціи особенно зрительныя, а также слуховыя; моментами больные могутъ, сами по

себѣ или когда съ ними заговорить, оріентироваться до нѣкоторой степени и вообще прійти въ себя. Галлюцинаціи примѣшиваются къ реальной окружающей обстановкѣ: мать видитъ своихъ маленькихъ дѣтей у кровати. Больные безпокойны, настроеніе ненормально веселое или печальное. 3. Въ третьей степени больной не узнаетъ окружающей обстановки. Все безпорядочно путается, вмѣстѣ съ тѣмъ появляются яркее взрывы аффектовъ и значительная суетливость. 4. Постепенно развиваются явленія паралича. Сила движеній и проявленій аффекта падаетъ; больные лежатъ неподвижно на спинѣ, бормочатъ про себя, обдергиваютъ одѣяло, перебираютъ руками (муссититирующій бредъ) и наконецъ умираютъ въ глубокой комѣ.

Рѣдко къ этому присоединяются единичные эпилептическіе припадки.

Содержаніе бреда большею частью напоминаетъ сны. Большею частью мы имѣемъ дѣло съ комплексныхъ бредомъ. сильно задѣвающимъ Я больного. При воспаленіи легкаго, а пожалуй и при другихъ болѣзняхъ переходъ къ устрашающимъ представленіямъ указываетъ на начинающуюся недостаточность сердца. У алкоголиковъ бредъ принимаетъ алкогольную окраску, часто появляются видѣнія животныхъ и т. п.

Лихорадочный бредъ, какъ и большинство инфекціонныхъ бредовъ, ночью болѣе выраженъ, чѣмъ днемъ.

Прогнозъ. Дѣти сравнительно легко бредятъ, такъ что у нихъ не нужно придавать особаго значенія психическимъ разстройствамъ. Женщины тоже какъ будто легче бредятъ, чѣмъ мужчины (трезвенники). У взрослыхъ, однако, ясно выраженный бредъ обычно свидѣтельствуетъ объ особой тяжести инфекціи и указываетъ тѣмъ на опасность для жизни; все же первая степень не имѣетъ особаго значенія, да и третья степень можетъ, во многихъ случаяхъ, закончиться выздоровленіемъ, сознаніе параллельно съ паденіемъ лихорадки проясняется, галлюцинаціи исчезаютъ. Иногда, впрочемъ, бредовыя идеи сохраняются еще долгое время послѣ болѣзни; одинъ коллега много времени спустя послѣ тифа просилъ на улицѣ своего друга вернуть деньги, которыя какъ ему казалось онъ въ бреду далъ тому взаймы. Продолжительность бреда зависитъ отъ болѣзни; такъ какъ обычно мы имѣемъ дѣло съ острой инфекціей, а психозъ появляется лишь на высотѣ болѣзни, то на второй недѣлѣ дѣло, большею частью, кончается выздоровленіемъ или смертью.

Терапія конечно соотвѣтствуетъ основному страданію. Иногда ледъ на голову, какъ будто успокаиваетъ, ровно какъ и малыя дозы опіатовъ. Примѣненіе спотворныхъ требуетъ осторожности ввиду основного страданія. Хорошо дѣйствуютъ во многихъ случаяхъ прохладныя, непродолжительныя, разумѣется, ванны. Само собою понятно, что при этомъ необходимъ тщательный надзоръ; съ больнымъ можетъ случиться несчастіе или онъ можетъ натворить бѣдъ.

В. Инфекціонный бредъ.

Наряду съ лихорадочнымъ бредомъ, появленіе и исчезновеніе котораго зависитъ отъ силы лихорадки, наблюдаются другія формы бреда, не зависящія повидимому отъ лихорадки, наступаютъ онѣ до или послѣ нея и въ своихъ колебаніяхъ не идутъ параллельно съ ней.

Чаще всего при тифѣ, но при другихъ болѣзняхъ тоже, мы видимъ **начальный** (инициальный) **бредъ**; Aschaffenburg дѣлитъ его на двѣ группы: параноидную съ бредомъ отношенія и преслѣдованія, галлюцинаціями, страхомъ и печальнымъ настроеніемъ, и вторую группу, быстро доходящую до бредовой спутанности со скачкой идей, обманами чувствъ, безсвязнымъ бредомъ, частымъ страхомъ и главное безсмысленной суетливостью. Обѣ формы не рѣзко различаются, одна переходитъ въ другую. Продолжаются онѣ большею частью нѣсколько дней всего и или исчезаютъ или переходятъ въ обыкновенный лихорадочный бредъ. При тифѣ я видѣлъ параноидную форму, тянувшуюся вплоть до періода выздоровленія.

Дифференціальная діагностика не легка, все же этотъ начальный бредъ не подходитъ подъ другое болѣзненное состояніе. Возбужденная форма даетъ поводъ думать о кататоніи или эпилепсіи; наличіе ускоренной смѣны идей предохраняетъ отъ смѣшенія съ эпилепсіей, отсутствіе шизофреническихъ симптомовъ дѣлаетъ діагнозъ кататоніи маловѣроятнымъ.

Kraepelin причисляетъ сюда и **бредъ при маляріи и при инфлуенцѣ**, впрочемъ и тотъ и другой патологически и симптоматологически могутъ представлять многочисленныя варіяціи. Я, какъ и Kraepelin видѣлъ много случаевъ инфлуенцнаго бреда съ типичнымъ невритическимъ характеромъ, причемъ больные придавали парестезіямъ иллюзіонное толкованіе.

Kraepelin упоминаетъ въ этой группѣ также **бѣшенство (lyssa)** и **chorea minor**[1]. Типическая картина психоза малой хореи довольно однообразна. Сначала наблюдается повышенная впечатлительность, раздражительность, неустойчивость аффекта, утомляемость; живость и упорство вниманія падаютъ. Память становится плохой, по крайней мѣрѣ больные кажутся очень разсѣянными. Затѣмъ, мышленіе начинаетъ итти туго, принимаетъ отрывочный характеръ; къ этому присоедиияются обманы чувствъ и бредовыя идеи; въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до полной спутанности и потери оріентировки. Насколько я знаю, большинство этихъ случаевъ — кончается выздоровленіемъ (раньше проходитъ бредовое состояніе, потомъ много времени спустя сама хорея) несмотря на тяжесть явленій, которыя въ виду хореическихъ движеній выступаютъ особенно рѣзко. Chorea gravis сразу же обнаруживаетъ свой тяжелый характеръ крутымъ подъемомъ болѣзни и паденіемъ силъ больного съ перваго же начала. Довольно скоро появляются параличи и спустя нѣсколько недѣль наступаетъ смерть. Въ не очень тяжелыхъ случаяхъ исходомъ болѣзни можетъ быть психическій дефектъ.

Во всѣхъ случаяхъ инфекціоннаго бреда терапія должна сообразоваться съ основной болѣзнью, кромѣ того нуженъ тщательный надзоръ, устраненіе волненій и возможности больному нанести себѣ вредъ. При chorea gravidarum. болѣзни не совсѣмъ легкой, показанъ при наступленіи слабости выкидышъ, послѣ чего больныя выздоравливаютъ часто въ нѣсколько дней. Однако, наблюдаются выздоровленія и безъ вмѣшательства.

Къ инфекціонному бреду относятъ также большинство формъ **остраго бреда (delirium acutum)**, хотя мы не знаемъ его возбудителя или возбудителей. Онъ можетъ присоединиться къ банальнымъ инфекціямъ, фурункулу, ангинѣ, кишечному катарру, но можетъ развиться и безъ опредѣленнаго инфекціоннаго источника.[2] Однако этотъ синдромъ не поддается точному отграниченію. Рѣчь идетъ о бредовыхъ состояніяхъ съ затуманеннымъ сознаніемъ, множествомъ галлюцинацій и двигательнымъ возбужденіемъ, быстро принимающимъ органическій характеръ съ безцѣльными одними и тѣми же движеніями, метаніемъ, больные трутся, кричатъ, дуютъ, скрежещутъ зубами, гримасничаютъ. Смерть наступаетъ большею частью черезъ недѣли двѣ.

Анатомически находятъ скопленіе лимфоцитовъ въ мягкой мозговой оболочкѣ, иногда разрощеніе гліи; главнымъ образомъ находятъ разнаго рода пораженія ганглiозныхъ клѣтокъ.

Подъ именемъ **коллапснаго бреда** выдѣляется опредѣленный типъ заболѣванія, который Kraepelin характеризуетъ слѣдующимъ образомъ; бурно развивающееся затемненіе сознаніе, спутанность въ высшей мѣрѣ, сноподобные обманы чувствъ, скачка идей, смѣна настроеній и сильное двигательно возбужденіе. Наблюдаются безсвязныя бредовыя идеи, больная родила Спасителя міра, злой врагъ гонится за больнымъ по пятамъ, отравилъ его. Настроеніе преимущественно веселое, при этомъ наблюдается также сильное двигательное возбужденіе.

---

[1] Рѣчь идетъ естественно о настоящей хорѣе, возникающей на почвѣ бактеріальной инфекціи (ревматизмъ). Къ сожалѣнію хореей называютъ еще истерическія школьныя эпидеміи съ ненормальными движеніями и тому подобныя явленія. Средневѣковая пляска Св. Вита или Chorea magna имѣла также психогенное происхожденіе.

[2] Кто толкуетъ это понятіе расширительно, тѣ присоединяютъ сюда случаи тяжелаго шизофреническаго бреда кончающіеся смертью.

Коллапсный бредъ появляется съ паденіемъ температуры, тянется отъ нѣсколькихъ часовъ до двухъ недѣль приблизительно, обычно нѣсколько дней, и переходитъ въ выздоровленіе, если основная болѣзнь не грозитъ смертью. Раньше это считали бредомъ отъ истощенія, теперь Kraepelin и Bonhoeffer причисляютъ его къ инфекціямъ.

Отъ лихорадочнаго бреда онъ отличается тѣмъ, что преобладаетъ не столько затемнѣніе сознанія сколько спутанность, осмышленіе не такъ затруднено, сознаніе менѣе затуманено, а главное онъ отличается скачкой идей, чего при лихорадкѣ не замѣчается. Особенно трудно отграничить эту форму отъ кататоническихъ явленій, иногда также отъ эпилепсіи.

Лѣченіе заключается въ поддержаніи силъ: хорошее питаніе, если нужно то черезъ зондъ; при надобности вливаніе соляного раствора; во всякомъ случаѣ продолжительныя ванны; остальное понятно само собою.

C. Острая спутанность. Amentia.

Подъ именемъ остраго бредового состоянія, а позже подъ именемъ аменціи Meynert очертилъ картину болѣзни, характеризующуюся спутанностью вслѣдствіе недостаточной связности идей, обильными галлюцинаціями и иллюзіями, бредовыми идеями при болѣе или менѣе сильномъ разстройствѣ оріентировки и двигательнымъ возбужденіемъ. Другіе назвали острой спутанностью приблизительно ту же болѣзнь. Картина болѣзни, нарисованная Meynert'омъ, была очень широкообъемлюща. Наряду со многими другими болѣзнями сюда относили большинство шизофреническихъ галлюцинаторныхъ возбужденій, эпилептическія и истерическія сумеречныя состоянія съ разстройствомъ оріентировки, delirium tremens, маніакально-депрессивный психозъ. Затѣмъ формы, носящія другой характеръ, были отдѣлены. Все же это понятіе и сейчасъ еще понимается, напр. вѣнской школой, очень широко и обнимаетъ значительную часть наблюдаемыхъ отдѣльныхъ случаевъ острыхъ синдромовъ. Я слѣдую изложенію Bonhoeffer'a и Kraepelin'a, которые ограничиваютъ это понятіе группой состояній схожихъ симптоматически, этіологически это очень пестрая группа, но большею частью ее можно свести къ токсэмическимъ состояніямъ; при дальнѣйшемъ изученіи эта группа, надо будетъ думать распадется на многочисленныя подгруппы. Аменція такимъ образомъ, обнимаетъ, пока что, не только инфекціи, но также отравленія на почвѣ любыхъ другихъ разстройствъ обмѣна веществъ (напр. болѣзни почекъ) и такъ называемое истощеніе (на почвѣ болѣзней крови, рака и т. п.). Однако Kraepelin, признавая болѣе широкое пониманіе аменціи, какъ болѣзненнаго состоянія, выдѣляетъ аменцію въ болѣе тѣсномъ смыслѣ, какъ самостоятельную форму инфекціонныхъ психозовъ спеціально. Этотъ психозъ, когда онъ связанъ съ лихорадочнымъ заболѣваніемъ, нерѣдко развивается въ стадіи паденія лихорадки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ наблюдается очень часто, въ другихъ — какъ и у насъ — очень рѣдко, въ зависимости отъ взгляда на эту болѣзнь. Споры о границахъ ея въ настоящее время вращаются только вокругъ вопроса объ отличіи отъ шизофреніи.

Больные „въ состояніи, пожалуй, имѣть отдѣльныя воспріятія, но совершенно не въ состояніи привести ихъ въ связь другъ съ другомъ и съ результатомъ прежняго опыта, не въ состояніи комбинировать представленія и разсужденія. При этомъ они внимательны, всячески стараются осмыслить окружающія впечатлѣнія и явленія, но вмѣстѣ съ тѣмъ они очень отвлекаемы, неспособны къ планомѣрному наблюденію. Ихъ воспріятія состоятъ такимъ образомъ изъ смѣси безсвязныхъ обрывковъ, изъ которыхъ не можетъ сформироваться ни картина настоящаго, ни цѣпь воспоминаній о томъ, что было. Такимъ путемъ, у больныхъ развивается чувство непониманія, неувѣренности и безпомощности. Они не разбираются ни въ чемъ, не понимаютъ, что съ ними случилось, и что происходитъ вокругъ нихъ“ (Kraepelin).

Сознаніе затуманено, какъ во снѣ, плохо фиксируется; правильное чередованіе мыслей невозможно, настроеніе плаксивое, боязливое, раздражительное; иногда наблюдается смѣсь всѣхъ трехъ качествъ. Послѣ тифа наблюдается, какъ будто веселое настроеніе съ ускоренной смѣной идей и идеями величія. Во всякомъ случаѣ, больные безпокойны, не хотятъ лежать въ постели, стремятся уйти, требуютъ объясненія, что съ ними происходитъ и т. д.

Физически наблюдается слабость — предположительная основа болѣзни. Кромѣ того на высотѣ болѣзни аппетитъ и питаніе рѣзко страдаютъ, такъ что больные все больше истощаются.

Теченіе. Болѣзнь начинается стадіей предвѣстниковъ, которая тянется большею частью нѣсколько недѣль; при внезапныхъ ослабляющихъ вліяніяхъ (puerperium и т. д.) онъ продолжается всего лишь нѣсколько дней, рѣдко нѣсколько мѣсяцевъ. Больные жалуются на неопредѣленныя душевныя и физическія ощущенія, головную боль, слабость; они сами чувствуютъ, что съ мыслями у нихъ что то неладное творится; затѣмъ появляются единичныя галлюцинаціи. Большею частью больного сразу — въ нѣсколько часовъ — одолѣваютъ массовыя галлюцинаціи и оріентировка теряется совершенно. Болѣзнь держится на высотѣ нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ, даже какъ будто и больше года. Въ томъ видѣ какъ ее понимаетъ Kraepelin, эта болѣзнь, если не наступаетъ смерть, кончается всегда выздоровленіемъ. Смерть наступаетъ частью отъ основной болѣзни, частью отъ истощенія.

Причинами служатъ большинство инфекціонныхъ болѣзней, родильная горячка („галлюцинаторное помѣшательство родильницъ" по Fuerstner'у), затѣмъ хроническія болѣзни почекъ, при которыхъ часто въ мочѣ не удается ничего найти. Психопатическая наслѣдственность здѣсь, какъ будто меньше, чѣмъ въ другихъ психозахъ. Женщины заболѣваютъ преимущественно, по Siemerling'у вслѣдствіе процессовъ связанныхъ съ половой дѣятельностью

Дифференціальная діагностика затруднительна, что слѣдуетъ уже изъ неопредѣленности самого понятія аменціи. Спутанность съ галлюцинаціями или безъ нихъ наблюдается при самыхъ разнообразныхъ страданіяхъ. Разстройство мышленія, на которое упираютъ главнымъ образомъ, еще никѣмъ не обрисовано настолько, чтобы его можно было ясно выдѣлить; слова вродѣ „распадъ ассоціацій", „разрывъ" мышленія, безсвязность, спутанность — слишкомъ неопредѣленны. Галлюцинаціи и спутанность (Pilcz) наблюдаются и въ нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ, у всѣхъ органиковъ, при эпилепсіи, истеріи, иногда въ маніакально-депрессивномъ психозѣ. Единственнымъ критеріемъ, которое казалось пригоднымъ, служитъ очерченное Kraepelin'ымъ разстройство осмышленія. Къ сожалѣнію я долженъ добавить, что въ моихъ случаяхъ несомнѣнной аменціи я не могъ съ очевидностью констатировать этотъ симптомъ, а между прочимъ описаніе его цѣликомъ и буквально совпадаетъ съ тѣмъ, что я видѣлъ въ нѣкоторыхъ немногихъ случаяхъ, ставшихъ въ дальнѣйшемъ развитіи кататоніями. Такимъ образомъ, я до сихъ поръ ставлю діагнозъ аменціи только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при вышеописанной картинѣ продолжительное наблюденіе не обнаруживало признаковъ шизофреніи. Дифференцировать аменцію отъ другихъ состояній кромѣ шизофреніи врядъ ли приходится, если имѣешь въ своемъ распоряженіи достаточно времени для постановки діагноза. Отъ смѣшенія съ эпилептическимъ сумеречнымъ состояніемъ предохраняетъ все теченіе, измѣнчивость картины, безсвязность представленій и смѣна аффектовъ. Частота словесныхъ ассоціацій напоминающихъ скачку идей можетъ дать поводъ подумать о маніи, но такой діагнозъ сейчасъ же опровергается неясностью мышленія, неудовлетворительнымъ осмышленіемъ, отсутствіемъ оріентировки.

Siemerling приписываетъ аменціи еще слѣдующія особенности: смѣна мыслей въ смыслѣ противоположеній: „въ одно и то же время больные говорятъ о покупкѣ домовъ и лишеніи себя жизни, постройкѣ виллы и утопленіи, о собравшихся врагахъ и ихъ дикой брани и тутъ же они слышатъ звонъ бокаловъ съ шампанскимъ и веселое пѣніе; жалуются что шея просверлена и туда засунута кишки и кричатъ патетически: ура, императрица. Другой больной ругается, что въ кровати воняетъ и тутъ же говоритъ о себѣ, какъ о Богѣ". Наблюдаются также разстройства общаго чувства. Больной говоритъ, что онъ умеръ, что его хлороформируютъ, чувствуетъ въ лицѣ ощущеніе пыли, ядовитаго снадобія, дутья, холода, жара; руки и ноги вывернуты, больные чувствуютъ себя превращенными, очень толстыми или очень тонкими, рукъ нѣтъ, онѣ отрублены, сожжены.

Утверждаютъ, что запоминаніе тоже разстраивается (это вѣрно, что больные въ теченіе приступа и послѣ него вовсе не помнятъ или только смутно припоминаютъ — особенно въ смыслѣ послѣдовательности во времени — свои переживанія въ теченіе болѣзни; однако я себѣ не представляю, какъ можно изъ всего сложнаго синдрома выдѣлить и изслѣдовать изолированно функцію запоминанія). Кромѣ того наблюдается чувство головокруженія и эпилептиформиые приступы.

Siemerling присляетъ сюда и случаи съ кататоническими симптомами: позы экстаза, демономаническія, театрально патетическій языкъ, flexibilitas cerea, ступоръ. Онъ даже выдѣляетъ возбужденную, бредовую и ступорозную форму аменціи. Затѣмъ, онъ признаетъ періодическую аменцію напр. въ связи съ менструаціей. Вѣрно, пожалуй, что менструальные психозы могутъ принять подобный характеръ; возможно также, что менструальный процессъ ведетъ къ измѣненіямъ химизма, однако въ общемъ понятіе періодичности, предполагающее наличіе эндогенной причины, мало вяжется съ понятіемъ аменціи.

Возможно, что въ теченіе инфекціонныхъ психозовъ попадается иногда восковая гибкость и тотъ или иной кататоническій синдромъ, однако мы не хотимъ такъ расширять это понятіе. Если его понимать такъ широко, прійдется считать аменціей многіе случаи, которые мы причисляемъ къ шизофреніи. Нечего тогда удивляться, что Siemerling наблюдалъ выздоровленіе только въ трети случаевъ, а остальные случаи въ небольшой части умираютъ, а въ большей части переходятъ въ формы „вторичнаго" слабоумія, которыя по нашему представленію тожественны съ шизофреническимъ слабоуміемъ.

Вѣнская школа тоже включаетъ въ понятіе аменціи спутанныя состоянія шизофреніи (какъ мы ее понимаемъ). Я не сомнѣваюсь конечно, что при отсутствіи точныхъ отличительныхъ признаковъ мы можемъ иногда принять аменцію за шизофренію, затѣмъ вполнѣ конечно возможно, что различные острые процессы могутъ заканчиваться однимъ и тѣмъ же шизофреноподнымъ исходнымъ состояніемъ; все же я считаю неправильнымъ. отдѣлять отъ данной болѣзни формы, которыя въ остромъ стадіи можно лишь гадательно считать чѣмъ то особеннымъ т. е. аменціей, и которыя въ хроническомъ стадіи вообще нельзя отличить отъ шизофреніи. Такое пониманіе аменція затрудняется еще тѣмъ, что различные авторы оттѣняютъ, что появленіе кататоническихъ симптомовъ дѣлаетъ вѣроятнымъ переходъ въ слабоуміе.

Binswanger дѣлитъ **психозы истощенія** на 1. **ступоръ истощенія** (легкія степени) и **острое излѣчимое слабоуміе** (тяжелыя степени), 2. **аменція истощенія** и 3. **delirium acutum exhaustivum.**

Первая группа приблизительно соотвѣтствуетъ инфекціоннымъ состояніямъ слабости по Kraepelin'y, delirium acutum exhaustivum въ незначительной части соотвѣтствуетъ коллапсному бреду, большею же частью другимъ формамъ остраго бреда. Считать всю Kraepelin'овскую группу одними лишь „психозами истощенія" значитъ слишкомъ суживать понятіе. Къ тому же, до сихъ поръ еще вопросъ, имѣетъ ли истощеніе какое либо касательство къ этимъ состояніямъ. Существенную роль — въ связи вѣроятно съ опредѣленнымъ предрасположеніемъ — по современному состоянію нашихъ знаній играетъ токсическій моментъ при злокачественныхъ опухоляхъ, болѣзняхъ крови, почекъ и инфекціонныхъ. Во всякомъ случаѣ правъ Bonhoeffer, когда онъ заявляетъ, что симптоматологически нельзя (еще) отдѣлить другъ отъ друга психозы истощенія и инфекціонные.

Итакъ, въ настоящее время лучше всего будетъ пожалуй, нижеслѣдующая формулировка: существуютъ психозы на почвѣ инфекціонныхъ болѣзней, разныхъ другихъ состояній слабости, отравленій продуктами обмѣна веществъ, „процессовъ связанныхъ съ продолженіемъ рода". Имъ всѣмъ общи „три симптома корковой слабости: распадъ ассоціацій, недостаточность или потеря апперцепціи, появленіе многочисленныхъ фантазмъ" (Raecke). Во внѣшней картинѣ преобладаютъ: спутанность, чрезвычайно затрудненная переработка внѣшнихъ впечатлѣній, разстройство оріентировки, мѣняющіяся галлюцинаціи, персеверація; состояніе аффектовъ бываетъ различно: повышенное настроеніе наблюдается рѣдко, чаще страхи всего; разстройство оріентировки сознается больными и поэтому отмѣчается „аффектъ безпомощности". Къ этому присоединяется двигательное безпокойство, паденіе аппетита и питанія.

Коллапсный бредъ нужно было бы считать въ такомъ случаѣ наиболѣе острой формой, при которой наблюдаются и наиболѣе тяжелые симптомы съ безсмысленнымъ нанизываніемъ словъ и (въ отличіе отъ маніакальныхъ состояній) персевераціей; разстройство воспріятія доходитъ до полнаго игнорированія всего, что происходитъ вокругъ больного; на вопросы рѣдко когда больной отвѣчаетъ. Двигательное возбужденіе можетъ дойти до некоординированныхъ подергиваній; своеобразіе возбужденія сказывается и въ суетливости носящей толчкообразный характеръ. Менѣе острой формой являлась бы (при выше-

очерченномъ пониманiи этой группы болѣзней) аменцiя, при которой наблюдаются въ общемъ похожiе симптомы; что же касается остраго излѣчимаго слабоумiя, ступора истощенiя, инфекцiонныхъ состоянiй слабости, то они протекаютъ также подостро, но отличаются отъ первыхъ формъ отсутствiемъ симптомовъ раздраженiя съ преобладаиiемъ паралича мышленiя.

Kraepelin не отдѣляетъ этихъ формъ принципiально отъ другихъ инфекцiонныхъ болѣзней, сливаетъ ихъ вмѣстѣ. Binswanger, Raecke и др. сводятъ ихъ въ одно понятiе **„психозовъ истощенiя“**, хотя не всегда удается доказать наличiе истощенiя, какъ напр. въ менструальныхъ психозахъ, или тамъ, гдѣ причину не удается найти.

Если тщательно отдѣлять аменцiю отъ dementia praecox, тогда нужно признать аменцiю у насъ очень рѣдкой болѣзнью. Возможно, что въ другихъ мѣстахъ она наблюдается чаще, подобно тому какъ спецiальная послѣродовая спутанность въ однихъ мѣстахъ наблюдается въ большомъ количествѣ, въ другихъ же въ скудномъ; однако разница въ частотѣ зависитъ главнымъ образомъ отъ различiя во взглядахъ на болѣзнь.

D. Инфекцiонныя состоянiя слабости.

Нѣкоторые больные очень медленно поправляются послѣ инфекцiонныхъ болѣзней. Они недѣлями и мѣсяцами мрачны, легко утомляются, испытываютъ затрудиеiе въ мышленiи, не способны ни къ умственному, ни къ физическому напряженiю. Однако они сознательны и поведенiе ихъ правильно („острое слабоумiе“). Большею частью все же наступаетъ выздоровленiе. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, однако дѣло можетъ прииять болѣе серьезный оборотъ. Появляются галлюцинацiи, бредовыя идеи, болѣе сильные страхи или депрессивное настроенiе, и больные остаются на всегда слабоумными.

Анатомiя этихъ психозовъ недостаточно извѣстна. Однако бываютъ случаи, напр. послѣ тифа, оспы, скарлатины, гдѣ имѣются ограниченные мозговые очаги, дающiе часто и мѣстные симптомы. Попадаются и диффузныя разстройства, особенно послѣ инфлуенцы, сепсиса, иногда и послѣ тифа. Въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ инфекцiонную корсаковскую болѣзнь большею частью съ полиневритомъ, которая отличается отъ алкогольной формы меньшей живостью психики — нерѣдко бываетъ ступорозная оглушенность — и болѣе частымъ выздоровленiемъ (если больной остается въ живыхъ).

Bonhoeffer иначе классифицируетъ наши свѣдѣнiя по этому вопросу: онъ исходитъ изъ того, что симптоматологически можно выдѣлить различныя степени, въ то время, какъ никоимъ образомъ не удается поставить въ связь отдѣльныя ннфекцiонныя заболѣванiя съ клинической картиной. Такимъ образомъ онъ различаетъ делирiи, эпилептиформныя возбужденiя (внезапно появляющiяся и внезапно исчезающiя), сумеречныя состоянiя, галлюцинозы (галлюцинаторныя состоянiя безъ явныхъ разстройствъ мышленiя или орiентировки), аментивныя картины (съ характеромъ то галлюцинаторнымъ, то кататоническимъ, то безсвязнымъ), корсаковскiй типъ и delirium acutum. Детали см. оригиналъ[1]).

Практически важно отмѣтить лишь, что въ лихорадочныхъ психозахъ могутъ наблюдаться симптомы, которыхъ нашими теперешними методами изслѣдованiя нельзя отличить отъ кататоническихъ. Такимъ образомъ кататоническая картина болѣзни можетъ иногда быть лихорадочнымъ психозомъ (аменцiей въ смыслѣ Bonhoeffer'a).

Упомянемъ еще теоретически ннтересное, хотя непонятное явленiе, что Bonhoeffer наблюдалъ въ случаяхъ инфекцiонной Корсаковской болѣзни черезъ нѣсколько недѣль внезапное выздоровленiе.

V. Сифилитическiе психозы.

Среди инфекцiонныхъ заболѣванiй содержимаго черепа наиболѣе важнымъ является сифилисъ. Правда, уже въ началѣ вторичнаго стадiя lues'a, когда еще нельзя констатировать сифилическаго процесса въ центральномъ органѣ, наблюдаются разстройства, которыя можно назвать неврастеническими; отчасти они представляютъ слѣдствiе психическаго впечатлѣнiя инфекцiи, къ которой пере-

[1]) Aschaffenburg, Hadbuch der Psychiatrie, Deuticke Leipzig und Wien 1812. Spezieller Teil, III. Abt., I. Hälfte.

стали относиться легкомысленно, отчасти они обусловливаются ослабляющимъ или отравляющимъ вліяніемъ virus'a, котораго мы, правда, не можемъ еще точнѣе опредѣлить. Наблюдающіеся признаки легкаго разстройства нервной системы, головокруженіе, головная боль, плохая реакція зрачковъ на свѣтъ, увеличенное содержаніе клѣтокъ и бѣлку въ спинномозговой жидкости, частый успѣхъ противосифилитическаго лѣченія — все это заставляетъ думать, что какое нибудь неизвѣстное еще намъ раннее пораженіе мозга или оболочекъ можетъ, въ качествѣ третьяго фактора, вызвать неврастениобразные симптомы или участвовать въ ихъ образованіи.

Иногда на первомъ планѣ стоитъ мысль о зараженіи и страхъ передъ послѣдствіями сифилиса. Развивается **ипохондрическая неврастенія** (отчасти или цѣликомъ психогеннаго происхожденія) съ постояннымъ копаніемъ и отыскиваніемъ симптомовъ болѣзни, относящихся къ сифилису. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ зараженіе можетъ вызвать и **истерическія** картины.

Въ другихъ случаяхъ, мы по Kraepelin'y, имѣемъ дѣло съ **общимъ нервнымъ недомоганіемъ.** Затрудненіе мышленія, раздражительность, разстройство сна, давленіе въ головѣ, неопредѣленныя мѣняющіяся непріятныя ощущенія и боли, затѣмъ чувство страха, рѣзко выраженное измѣненіе настроенія, головокруженіе, чувство оглушенности, затрудненія въ подыскиваніи словъ, мимолетные параличи, разстройство ощущеній, позывъ ко рвотѣ, повышеніе температуры. Послѣднюю группу явленій можно приписать вышеуказанной третьей причинѣ — какому то непосредственному химическому или физическому пораженію содержимаго черепа.

Для слѣдующей группы сифилитическихъ психозовъ, встрѣчающихся одинаково часто и у мужчинъ и у женщинъ, мы знаемъ анатолическую подкладку, а именно, **гумму, медленно протекающій менингитъ и луэтическое заболѣваніе сосудовъ.** Большею частью одинъ изъ этихъ процессовъ преобладаетъ; однако заболѣваніе рѣдко ограничивается этимъ однимъ; скорѣе можно найти одно лишь пораженіе сосудовъ. Однако оно, съ своей стороны, охотно сопутствуетъ менингиту, а оба эти процесса вмѣстѣ часто видѣть можно при заболѣваніи гуммознаго характера. Эти комбинаціи и мѣняющаяся интенсивность и локализація процессовъ обусловливаютъ большое разнообразіе клинической картины. Однако параллелизмъ анатомическихъ данныхъ и клиническихъ явленій пока удается провести только въ грубыхъ чертахъ.

Гуммы сами по себѣ дѣлаютъ, конечно, тѣ же симптомы, что и другія опухоли мозга съ такой же локализаціей и скоростью роста. Менингитъ локализуется, большею частью, на основаніи, особенно вблизи мѣста отхода глазныхъ нервовъ; рѣже онъ поражаетъ выпуклую часть мозга и то онъ тогда не такъ выраженъ. Менингитъ можетъ конечно дать и всякіе другіе симптомы въ зависимости отъ того, повышаетъ ли онъ давленіе и переходитъ ли на мозговую кору сифилитическій процесъ или обусловленныя имъ разстройства питанія. Пораженная pia большею частью утолщена, мутна, инфильтрирована круглыми клѣтками, соединительная ткань увеличена.

Измѣненія сосудовъ сами по себѣ производятъ тѣ же симптомы что и нелуэтическій артеріосклерозъ. Они могутъ задѣть преимущественно то мелкіе сосуды, то болѣе крупные. Въ крупныхъ артеріяхъ сифилическое заболѣваніе выражается въ размноженіи клѣтокъ intima и adventitia, первое можетъ дойти до закрытія просвѣта. Elastica расщепляется. Процессъ имѣетъ нѣкоторую тенденцію къ обратному развитію, однако, если онъ задѣваетъ мозговую артерію, область снабжаемая ею обычно длительно страдаетъ въ формѣ постепеннаго запустѣнія нервныхъ элементовъ съ разрастаніемъ гліи вплоть до размягченій и кровоизліяній. Процессъ сильнѣе всего выраженъ въ pia и съ нея повидимому переходитъ на кору.

Въ отличіе отъ прогр. паралича тутъ наблюдается заполненіе всего сосуда круглыми клѣтками, среди которыхъ плазматическія клѣтки или образуютъ меньшинство или ихъ вовсе нѣтъ, между тѣмъ, для прогр. паралича, какъ разъ характерно наслоеніе сосудовъ плазматическими клѣтками, а сильное разрастаніе initima чуждо этой болѣзни. Характерно также расположеніе процесса пятнами въ противоположность прогр. параличу.

Луэтическое заболѣваніе мелкихъ сосудовъ часто состоитъ въ увеличеніи и разрощеніи клѣтокъ въ adventitia и intima, но безъ круглоклѣточной инфильтраціи. — На ряду съ деструктивными процессами наблюдается также новообразованіе сосудовъ въ pia и въ мозгу.

Мозговое вещество благодаря измѣненію сосудовъ и оболочекъ естественно повреждается качественно и количественно самымъ разнообразнымъ образомъ

Органическіе нервные симптомы могутъ принимать собственно говоря всѣ тѣ формы, которыя вообще могутъ получиться отъ воздѣйствія со стороны содержимаго черепа и спинного канала. Чаще всего повторяется разстройство зрачковыхъ рефлексовъ, симптомы давленія, съ оглушенностью, сонливостью и т. п., и приступы апоплектиформные и эпилептиформные Джэксоновскаго типа. Психически наблюдаются симптомы органическихъ психозовъ. Специфическія особенности похожи на тѣ, которыя мы наблюдаемъ въ случаяхъ артеріосклеротическихъ психозовъ — по той простой причинѣ, что въ той и другой болѣзни мозговая кора вовсе не должна быть поражена in toto. Личность сохраняется долго. Больные внѣшне ведутъ себя правильно, принимаютъ участіе въ окружающей жизни. Сужденіе не такъ разстроено; часто имѣется довольно ясное сознаніе болѣзни, да и вообще въ спокойные періоды сознаніе можетъ быть довольно яснымъ. Какъ и въ артеріосклеротическихъ психозахъ, такъ и здѣсь психическіе симптомы могутъ проявляться отдѣльными гнѣздами какъ въ смыслѣ времени, такъ и въ смыслѣ количества: въ то время какъ однѣ функціи выпадаютъ, другія въ то же время поражаютъ своимъ неожиданно хорошимъ состояніемъ; во времени бываютъ капризныя колебанія, независимо отъ общей тенденціи къ улучшенію или ухудшенію.

Въ виду всего этого нечего ждать точно очерченныхъ картинъ болѣзни. Къ этому присоединяется то обстоятельство, что за настоящимъ сифилисомъ мозга можетъ послѣдовать и настоящій прогр. параличъ. Kraepelin выдѣлилъ: формы съ мозговымъ давленіемъ, основанныя большею частью на гуммозныхъ опухоляхъ, не отличающіяся клинически ничѣмъ существеннымъ отъ болѣзней наблюдаемыхъ при другихъ опухоляхъ мозга, и сифилитическій псевдо-параличъ (соотвѣтствуетъ приблизительно Binswanger'овскому постсифилитическому слабоумію).

Въ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ картину болѣзни, очень похожую на простой дементный прогр. параличъ; изъ области физической нужно кромѣ отсутствія свѣтовой реакціи зрачковъ упомянуть главнымъ образомъ часто встрѣчающіеся неравномѣрные параличи глазныхъ мышцъ и разстройство зрѣнія; могутъ наблюдаться также разстройства рѣчи и письма, но характеръ ихъ не тотъ, что при прогр. параличѣ.

Гораздо рѣже встрѣчается относящаяся къ сифилитическому псевдопараличу **бредовая спутанность** (Marcus), которая выражается во внезапномъ развитіи органическаго бреда (безсонница, спутанность, страхъ, неузнаваніе обстановки, галлюцинаціи слуховыя и зрительныя, большею частью устрашающаго характера, яркое возбужденіе, насильственныя дѣйствія по отношенію къ себѣ и къ другимъ; наряду съ этимъ органическіе нервные симптомы).

Другія формы походятъ на экспансивный прогр. параличъ. Въ четвертой группѣ на первомъ планѣ стоитъ органическое разстройство памяти („Корсаковская болѣзнь").

Сифилитическій псевдопараличъ протекаетъ неправильно: онъ годами можетъ оставаться въ одномъ положеніи. Исходомъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ не проводится антисифилитическое лѣченіе, или гдѣ оно не оказываетъ дѣйствія, является органическое слабоуміе, соединенное съ параличами. Больные умираютъ отъ случайныхъ болѣзней, отъ слабости, отъ мозговыхъ припадковъ, отъ марантическихъ пневмоній и т. п.

Дифференціальная діагностика между псевдопараличемъ и настоящимъ прогр параличемъ не всегда возможна въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ полной увѣренностью. Улучшеніе въ теченіе антисифилическаго лѣченія можетъ быть случайнаго характера Съ нѣкоторой вѣроятностью говоритъ за сифилисъ мозга меньшая интенсивность и распространеніе психическихъ разстройствъ. Затѣмъ, имѣетъ значеніе, что при прогр. параличѣ физическимъ симптомамъ предшествуютъ легкіе психическіе (т. наз. „неврастеническіе"), а тутъ тѣ и другіе симптомы появляются одновременно.

Согласно Plaut'у нужно имѣть въ виду слѣдующее: реакція Вассермана въ крови указываетъ на lues; отсутствіе реакціи въ 80% исключаетъ lues мозга. Ясный плеоцитозъ въ спинномозговой жидкости въ поздней (не въ ранней) стадіи сифилиса указываетъ на органическій (менингитическій) процессъ въ центральной нервной системѣ, точно такое же значеніе имѣетъ и фаза I Nonne. Вассерманъ въ спинномозговой жидкости указываетъ на сифилитическое пораженіе цен-

тральной нервной системы; реакція въ сравненіи съ прогр. параличемъ (гдѣ она ясно выступаетъ уже при 0,2 ccm жидкости) здѣсь выражена слабо; приходится титровать до 1,0 ccm. Раньше поэтому въ этихъ случаяхъ думали, что реакція отсутствуетъ. Вѣрнѣе всего исключается lues cerebri при отсутствіи Вассерм. реакціи въ титрованной спинно-мозговой жидкости, затѣмъ при отсутствіи реакціи въ крови, и отсутствіи плеоцитоза; меньше всего имѣетъ значеніе отсутствіе глобулиновой реакціи.

Апоплектическій сифилисъ мозга повидимому является наиболѣе частымъ сифилитическимъ психозомъ. Онъ даетъ приблизительно такую же картину, какъ послѣапоплектическое слабоуміе, но появляется въ болѣе раннемъ возрастѣ, симптомы его болѣе мимолетны и болѣе склонны къ улучшенію, затѣмъ признакомъ сифилиса мозга являются частые глазные параличи и зрачковыя разстройства.

Существуетъ далѣе **люэтическая эпилепсія**, отличающаяся отъ другихъ формъ: наличіемъ сифилиса, позднимъ появленіемъ, излѣченіемъ (не всегда впрочемъ) путемъ антисифилитическихъ средствъ и наконецъ глазными разстройствами.

Совсѣмъ въ сторонѣ стоитъ **галлюцинозъ сифилитиковъ**, въ которомъ нѣтъ явныхъ органическихъ душевныхъ разстройствъ, подробнѣе онъ описанъ главнымъ образомъ Plaut'омъ. Рѣчь идетъ о случаяхъ, которые клинически до сихъ поръ не отличаются отъ параноида, съ нелѣпыми бредовыми идеями, голосами и очень рѣдкими другими галлюцинаціями; по всей вѣроятности бываютъ и соматическія галлюцинаціи; больные иногда чувствуютъ, что ихъ гипнотизируютъ. Однако ясно выраженные шизофреническіе симптомы, особенно своеобразное слабоуміе, отсутствуютъ. Наблюдаются также депрессія съ идеями грѣховности и (рѣже) экзальтація въ небольшой степени, но съ бредомъ величія. Большею частью, имѣется извѣстное сознаніе болѣзни. Теченіе походитъ на теченіе многихъ параноидныхъ шизофреній, представляетъ неправильныя колебанія, доходящія до галлюцинаторнаго возбужденія, но безъ разстройства оріентировки. Выздоровленіе повидимому не наступаетъ (несмотря на антисифилитическое лѣченіе).

Иногда появляются параличи, зрачковыя разстройства, слабость пузыря, разстройство рѣчи и письма, головокруженіе и другія мозговыя явленія. Болѣзнь появляется спустя лѣтъ 10 послѣ инфекціи.

Существованіе такого рода сифилитической картины болѣзни можно считать вѣроятнымъ на основаніи того, что при ней, въ отличіе отъ шизофреніи, часто встрѣчается lues, затѣмъ наблюдаются неврологическіе симптомы (зрачки, сухожильные рефлексы и т. п.); реакція Вассермана (слабая) въ спинномозговой жидкости. Анатомическихъ изслѣдованій, насколько я знаю, пока еще нѣтъ. Въ качествѣ дифференціально-діагностическаго момента указываютъ на то, что личность лучше сохраняется, и вообще симптомы не такъ тяжелы; однако немало мы видимъ параноидныхъ случаевъ, несомнѣнно несифилитическихъ, которые въ теченіе долгаго времени не менѣе легко протекаютъ.

Plaut описываетъ такіе же **острые случаи**: тоскливыя возбужденія съ голосами и бредомъ преслѣдованія безъ разстройства оріентировки, тянувшіяся отъ 18 дней до мѣсяцевъ и въ большинствѣ случаевъ кончавшіяся выздоровленіемъ.

Наиболѣе важнымъ сифилитическимъ заболѣваніемъ центральной нервной системы является **dementia paralytica**, которую пока еще, по соображеніямъ историческимъ и симптоматическимъ, трактуютъ какъ самостоятельную болѣзнь. По сравненію съ другими люэтическими заболѣваніями она совмѣстно съ tabes представляетъ нѣкоторыя особенности, иногда обѣ эти болѣзни соединяются вмѣстѣ и образуютъ табопараличъ. Наряду съ этимъ имѣются **„табическіе психозы"**, которые ни клинически, ни анатомически не относятся къ прогр. параличу. Большею частью органическіе симптомы въ нихъ лишь слегка намѣчены, главнымъ образомъ неустойчивость аффектовъ, но также разстройство памяти, вниманія и т. д. Впрочемъ эти психозы принимаютъ различныя формы. По Kraepelin'у лучше всего дѣлить ихъ на аффективныя и параноидныя формы, послѣднія болѣе часты.

Аффективныя формы выражаются въ длительномъ измѣненіи настроенія: депрессіи, раздражительности или ненормальной эйфоріи. Въ **параноидныхъ формахъ** наблюдаются неясныя бредовыя идеи, большею частью преслѣдованія, иногда и идеи величія, слуховыя галлюцинаціи, а временно и зрительныя, рѣже обонятельныя, вкусовыя и соматическихъ ощущеній.

При хроническомъ теченіи эти состоянія тоже подвержены большимъ колебаніямъ; съ другой стороны нерѣдки случаи, гдѣ вся почти болѣзнь выражается только въ острыхъ толчкообразныхъ ухудшеніяхъ такого рода галлюцинацій и бредовыхъ идей съ тоскливыми возбужденіями, доходящими до бреда (delirium). Наблюдаются и всевозможныя смѣшанныя и переходныя формы, т. е. случаи, въ которыхъ бредовыя идеи болѣе или менѣе держатся, даже въ сознательномъ состояніи, а отъ времени до времени развивается деліріозное состояніе. Сознательные больные сохраняютъ аллопсихическую оріентировку.

При tabes съ психозами разстройства глазныхъ нервовъ наблюдаются гораздо чаще, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ имѣются одни лишь спинномозговые симптомы; это заставляетъ думать, что въ происхожденіи табическихъ психозовъ участвуетъ своего рода сифилисъ мозга.

Наслѣдственный сифилисъ тоже обусловливаетъ множество мозговыхъ заболѣваній, сопровождающихся психическими симптомами, начиная простой нервозностью и кончая идіотіей, эпилепсіей, дѣтскимъ прогр. параличемъ и другими прогрессивными формами слабоумія, еще недостаточно описанными.

Часть сифилитическихъ идіотій развивается еще въ теченіе внутриутробной жизни, преимущественно на почвѣ менингоэнцефалитовъ (по Kraepelin'у). Другія формы развиваются лишь впослѣдствіи, постепенно или толчками; затѣмъ, онѣ могутъ затихнуть. Мѣстное разрушеніе мозговой ткани, напр. вслѣдстве закупорки артеріи, даетъ такую же конечно картину, какъ и острый энцефалитъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ 10 проц. идіотіи обусловлены сифилисомъ. Во многихъ случаяхъ, на ряду съ тяжелыми или легкими разстройствами интеллекта наблюдаются главнымъ образомъ аномаліи характера, вспыльчивость, злобность, жестокость, трудности въ воспитательномъ отношеніи. Иногда развивается параноидная картина. Обычно во всѣхъ этихъ формахъ страдаетъ вся конституція; дѣти поздно развиваются, остаются слабыми, маленькими, развитіе ихъ идетъ неправильно. Сифилитически-мозговые симптомы могутъ появиться въ любое время, но преимущественно въ первые годы. Однако дѣтскій прогр. параличъ можетъ начаться и на второмъ десяткѣ, въ рѣдкихъ случаяхъ начало можетъ еще замедлиться и затянуться до четвертагс и даже пятаго десятка.

Діагнозъ прогр. паралича у дѣтей ставится на тѣхъ же основаніяхъ, что и у взрослыхъ. Въ другихъ формахъ наслѣдственнаго сифилиса сифилитическая натура процесса обнаруживается только благодаря успѣху терапіи или путемъ анатомическихъ изслѣдованій. Во всякомъ случаѣ, за сифилитическое происхожденіе болѣзни очень говоритъ доказанное наличіе сифилиса (непосредственно сифилитическія явленія, положительная реакція Вассермана, тріада Hutchinson'а: полулунная форма нижняго края верхнихъ среднихъ рѣзцовъ, keratitis parenchymatosa, внезапное развитіе глухоты въ дѣтскомъ возрастѣ), затѣмъ глазные симптомы и прогрессирующее съ колебаніями теченіе.

Органическіе психозы (VI и VII).

Душевныя болѣзни, общей основой которыхъ является диффузное уменьшеніе мозгового вещества, называются органическими психозами kat exochen[1]). Общая анатомическая подкладка даетъ имъ рядъ общихъ симптомовъ (такъ называемые „органическіе симптомы[2])). Однако, каждый отдѣльный процессъ или придаетъ имъ свой особый оттѣнокъ или же прибавляетъ къ нимъ свои, специфическіе для данной болѣзни, симптомы.

Память: чѣмъ свѣжѣе энграмма, тѣмъ ceteris paribus воспоминаніе хуже вплоть до полнаго отсутствія способности запоминанія; чѣмъ энграмма старше, тѣмъ лучше она помнится. Больные со

[1]) Всѣ психозы, описанные въ главахъ I, II, V, VI, VII а также значительная часть олигофреній представляютъ собой также органичеекія формы; въ концѣ концовъ и остальные психозы, какъ напр. dementia praecox, въ извѣстномъ смыслѣ тоже имѣютъ въ основѣ какую нибудь „органическую аномалію"; наименѣе соприкасаются съ соматикой реактивныя формы.

[2]) Ихъ называютъ также Корсаковскимъ синдромомъ.

скуднымъ запасомъ мыслей часто, чтобы выйти изъ затрудненія, заполняютъ пробѣлы памяти настоящими конфабуляціями, больные съ большей продукціей разливаются въ ложныхъ воспоминаніяхъ (псевдо-реминисценціи). Временныя состоянія спутанности или другія разстройства сознанія (разнаго рода приступы) часто оставляютъ послѣ себя амнезію.

Объемъ ассоціацій, возможныхъ въ одно и то же время, ограниченъ. Выборъ ихъ опредѣляется преимущественно аффектами или же случайными стремленіями. Однимъ изъ первыхъ слѣдствій этого является отсутствіе критики и разстройство сужденія. Стоитъ только вспомнить для примѣра паралитика, который прыгаетъ изъ высокаго окна, чтобы достать снизу окурокъ, или того, который на глазахъ у всѣхъ воруетъ какой нибудь предметъ и тщательно его прячетъ. Другой паралитикъ средь бѣла дня укралъ въ виноторговлѣ бочку вина и покатилъ ее къ себѣ домой, а когда онъ усталъ, онъ попросилъ двухъ полицейскихъ помочь ему, что тѣ со свойственной парижанамъ любезностью исполнили. Одинъ врачъ паралитикъ грозилъ убѣжать изъ больницы, говоря, что это очень просто: во время прогулки онъ отойдетъ въ сторону и больше не прійдетъ. Когда органическій больной въ состояніи эйфоріи, поступая въ больницу, видитъ хорошую комнату и дружеское отношеніе къ себѣ, онъ сразу соглашается остаться на долго, часто не замѣчая, что въ сущности онъ подвергается принудительному интернированію. Паралитикъ можетъ разрѣзать кучу новыхъ мѣшковъ, чтобы починить какой нибудь старый рванный, а потомъ вдругъ рѣшаетъ сдѣлать его очень большимъ, до потолка. На высотѣ болѣзни больные только въ исключительныхъ случаяхъ корригируютъ свои ошибки на основаніи опыта. Въ каждой больницѣ можно встрѣтить паралитиковъ, которые годами, изо дня въ день встрѣчаютъ врача словами: „во вторникъ прійдетъ жена и возьметъ меня изъ больницы".

Осмыслить сложную картину больные часто бываютъ не въ состояніи; они перечисляютъ только детали, напоминая этимъ имбециликовъ.

Отдѣльныя способности пропадаютъ неравномѣрно, подвести это явленіе подъ опредѣленный законъ мы не можемъ; замѣчается только, что чѣмъ болѣе вещь заучена, тѣмъ дольше она сохраняется. Старый бухгалтеръ, глубоко слабоумный во многихъ отношеніяхъ, можетъ дѣлать сложеніе лучше иного здороваго. Врачъ паралитикъ, пользовавшійся въ здоровомъ состояніи славой шахматиста, совсѣмъ уже впалъ въ дѣтство; тѣмъ не менѣе, играя въ шахматы съ посредственнымъ игрокомъ, онъ могъ еще въ любой моментъ объявить: „черезъ 10 ходовъ вы получите матъ въ данномъ полѣ" и правильно это выполнялъ.

Психическіе процессы большею частью бываютъ болѣе или менѣе замедлены, даже независимо отъ торпидныхъ состояній, непосредственно обусловленныхъ болѣзнью. Однако это замедленіе можетъ въ извѣстныхъ отношеніяхъ съ избыткомъ компенсироваться быстрой смѣной идей при маніакальныхъ состояніяхъ.

Иногда больнымъ бываетъ трудно перейти съ одной темы на другую. Въ послѣднихъ стадіяхъ бываетъ наклонность къ персевераціи иногда въ очень сильной степени; такъ напр., одинъ больной отвѣтилъ на вопросъ, сколько ему лѣтъ,—„61" и послѣ этого уже,

въ отвѣтъ на разные другіе вопросы, неизмѣнно повторялъ — „61". Случайныя болѣе сильныя разстройства ассоціацій лежатъ въ основѣ состояній бредовыхъ и спутанныхъ.

Недостаточное мышленіе часто заставляетъ больныхъ, особенно сенильныхъ, отвѣчать на вопросы характерно, неопредѣленнымъ образомъ: „Откуда вы сейчасъ пришли?" „Я пришелъ оттуда". „Гдѣ находится больница?" „Да въ этомъ же городѣ". Отвѣты эти даются не въ тонѣ увертки, а простодушно наивно. Больные явно довольны своими отвѣтами и ждутъ того же отъ своего собесѣдника. Часто форма такого отвѣта обусловливается настроеніемъ: „Въ какой палатѣ вы находитесь?" „Въ красивой". „Что это за люди?" „Хорошіе люди". Въ другихъ случаяхъ обнаруживается болѣе или менѣе сознательное смущеніе, которое въ сущности однако не мѣняетъ характера отвѣта; на вопросъ: какое сегодня число? больной отвѣчаетъ, что какъ разъ сегодня онъ не видѣлъ газеты или календаря, или же, не понимая значенія вопроса, больной обращается къ окружающимъ и проситъ у нихъ отвѣта и т. п. И этотъ симптомъ особенно бросается въ глаза у сенильныхъ больныхъ.

Аффективная сфера неустойчива, колебанія ея сильнѣе и чаще, чѣмъ въ нормѣ (недержаніе аффекта — affektive Inkontinenz); однако настроеніе, ярко вспыхнувъ, быстро угасаетъ, или само собой, или благодаря тому, что больного наводятъ на другія мысли. Въ послѣднемъ случаѣ часто удается одно повышенное настроеніе сполна замѣнить другимъ, иногда въ нѣсколько секундъ; аффектъ даннаго момента всецѣло владѣетъ больнымъ. Пустякъ можетъ больного или осчастливить, или довести до отчаянія. Одна паралитичка сдѣлала серьезное покушеніе на самоубійство, потому что мужъ опоздалъ къ обѣду. Поскольку отсутствуетъ пониманіе болѣе сложныхъ отношеній, не можетъ быть и рѣчи о ихъ чувственной (аффективной) окраскѣ. Кромѣ того, и уменьшеніе ассоціацій ограничиваетъ чувственную реакцію опредѣленными областями, и больные кажутся равнодушными, хотя дефектъ лежитъ собственно не въ сферѣ чувства. Общая мозговая торпидность отражается, конечно, и на аффективной сферѣ; однако, въ противоположность этому, другіе больные обнаруживаютъ увеличенную общую, а слѣдовательно и аффективную возбудимость. Наиболѣе трудно подавляются интересы эгоистическіе, а такъ какъ больные не могутъ одновременно съ этимъ имѣть другія корригирующія идеи, т. е. главнымъ образомъ контрастныя представленія, то многіе изъ нихъ кажутся эгоистами въ мысляхъ, чувствахъ и поступкахъ. Особенно это выступаетъ на первый планъ при простыхъ старческихъ формахъ, въ то время какъ при эретическихъ и маніакальнымъ формахъ, часто наблюдаемыхъ въ теченіи прогр. паралича, эти наклонности покрываются большимъ разнообразіемъ мышленія.

Утверждаютъ нерѣдко, что у органическихъ больныхъ рано и сильно страдаетъ этическое чувство. Я думаю, что это невѣрно. Правда, многіе изъ этихъ больныхъ совершаютъ всякаго рода преступленія, однако мой опытъ показываетъ, что — поскольку они раньше были порядочными людьми — они это дѣлаютъ потому, что не въ состояніи уже осмыслить положеніе вещей и вытекающія

изъ этого послѣдствія. Если удается имъ дать понять, что они надѣлали, они обнаруживаютъ нормальное раскаяніе. Если же они и раньше проявляли антисоціальныя стремленія, то естественно выпаденіе задерживающихъ вліяній дѣлаетъ ихъ еще болѣе опасными.

Совмѣстное вліяніе неустойчиваго аффекта и ограниченной способности осмышленія дѣлаетъ невозможнымъ планомѣрность дѣйствій. Чувство нѣжности, вниманіе къ людямъ, тактъ, благочестіе, тонкое чувство эстетики, чувство долга, права, половой стыдъ — все это въ любой моментъ перестаетъ служить, даже когда это еще имѣется на лицо. Любое побужденіе, внѣшнее и внутреннее, превращается въ дѣйствіе безъ задержки.

Острыя маніакальныя и меланхолическія состоянія бываютъ часто и длятся мѣсяцами и даже дольше. Настроеніе можетъ также быть хронически, въ теченіе всей болѣзни, ненормально эйфорическимъ или депрессивнымъ.

Соотвѣтственно этому состоянію аффективной сферы и ограниченію ассоціацій бываетъ повышена внушаемость, какъ положительная, такъ и отрицательная: съ одной стороны больные легко поддаются уговору, съ другой стороны часто бываютъ очень упрямы.

Воспріятіе замедлено и неясно. (Больнымъ нужно много времени, чтобы узнать показываемыя имъ картины; кромѣ того, они при этомъ часто ошибаются, иногда вслѣдствіе персевераціи. Прочитанное воспринимается неполно и ошибочно. Вопросы, задаваемые больному, приходится по нѣсколько разъ повторять, и тѣмъ не менѣе отвѣтъ больного часто относится къ предшествовавшему вопросу).

Оріентировка во времени и пространствѣ, часто даже и автопсихическая, бываетъ разстроена. У больныхъ нѣтъ того, что Hoche называетъ „внутренними часами". Какъ своего рода разстройство оріентировки наблюдается такое явленіе, что больные въ бесѣдѣ не различаютъ, когда къ нимъ обращаются и когда къ другимъ. Такъ, напр., во время клиническихъ демонстрацій многіе больные, подобно горячечнымъ алкоголикамъ, отвѣчаютъ регулярно и тогда, когда съ вопросами обращаются не къ нимъ, а къ аудиторіи.

Вниманіе помимо ограниченія объема бываетъ вообще затруднено, причемъ сильнѣе страдаетъ привычное и пассивное вниманіе, нежели максимальное и активное. Интенсивность вниманія можетъ еще быть нормальной, въ то время какъ экстенсивность уже значительно пострадала. Живость вниманія, равно какъ и его упорство, тоже бываютъ часто понижены.

Бредовыя идеи, если онѣ есть, пріобрѣтаютъ въ тяжелыхъ случаяхъ, какъ правило, характеръ нелѣпыхъ. Изъ депрессивныхъ бредовыхъ идей обычно бываютъ преувеличенныя идеи болѣзни; особенно характерны, когда они имѣются на лицо, нигилизмъ и такъ назыв. délire d'énormité.

Изъ галлюцинацій бываютъ главнымъ образомъ слуховыя и зрительныя. Соотвѣтственно мозговому процессу бываютъ и другіе виды парэстезій; въ нѣкоторыхъ случаяхъ благодаря бредовому истолкованію эти парэстезіи получаютъ сходство съ настоящими

(соматическими) галлюцинаціями. Многіе изъ этихъ больныхъ ночью бываютъ возбуждены и галлюцинируютъ, днемъ же бываютъ спокойны, а то даже спятъ.

Депрессивные больные нерѣдко мѣсяцами кричатъ цѣлыя ночи напролетъ, да и вообще нигдѣ такъ не наблюдаются стереотипные плачъ и жалобы, какъ въ этихъ случаяхъ.

Наблюдаются приступы тоски съ безсмысленной или спутанной реакціей, безцѣльнымъ стремленіемъ куда то итти, приставаніемъ, жестокими, хотя часто неловкими, попытками къ самоубійству, прятаніемъ, метаніемъ и т. п. Причиной этого является частью мозговая болѣзнь, частью разстройство кровообращенія; во всякомъ случаѣ, чаще всего это наблюдается у артеріосклеротиковъ.

Кромѣ этого бываютъ различные виды бредовыхъ, а можетъ быть и сумеречныхъ состояній; происхожденіе ихъ далеко не одинаковое. Мы видимъ ихъ временами при прогр. параличѣ, при артеріосклеротическихъ психозахъ, особенно послѣ обширныхъ размягченій и т. п.

Органическіе психозы большею частью сопровождаются соматическими симптомами, которые являются или слѣдствіемъ пораженія мозга (параличи, трофическія разстройства) или сопутствующими явленіями (старческій маразмъ, невритъ). Особенно постояннымъ бываетъ неравномѣрное, крупное дрожаніе, особенно рукъ и органовъ рѣчи.

Подъ соматическиии симптомами часто понимаютъ тѣ „нервныя" явленія, которыя бываютъ въ началѣ всякаго органическаго душевнаго заболѣванія, а именно: чувство давленія въ головѣ, головная боль, парэстезіи, мельканіе въ глазахъ, шумъ въ ушахъ и т. п. Въ дальнѣйшемъ они отчасти затушевываются болѣе тяжелыми симптомами психоза, отчасти же превращаются прн бредовыхъ состояніяхъ въ иллюзіи или бредовыя идеи, имѣющія своимъ предметомъ тѣло больного.

Къ числу наиболѣе **важныхъ органическихъ заболѣваній** относятся: прогр. параличъ, различныя старческія формы, Корсаковская болѣзнь (въ собственномъ значеніи этого слова) на почвѣ отравленія алкоголемъ, CO и т. п. Затѣмъ, имѣется еще цѣлый рядъ болѣе рѣдкихъ, большею частью недостаточно изученныхъ, болѣзней, которыя тоже редуцируютъ мозговую кору, и вслѣдствіе этого къ ихъ проявленіямъ тоже примѣшивается органическій синдромъ: различнаго рода перерожденія нервнаго вещества, гліозы, множественный склерозъ, измѣненія мозга при спинной сухоткѣ, при опухоляхъ и т. п.

Разстройства памяти наиболѣе характерно выступаютъ при простыхъ формахъ старческаго слабоумія; тутъ бываютъ случаи, когда можно до нѣкоторой степени опредѣлить границу потери памяти. Такъ напр. больной не помнитъ ничего, что случилось въ этомъ столѣтіи. Черезъ нѣкоторое время пробѣлъ памяти начинаетъ доходить до девяностыхъ годовъ прошлаго столѣтія, потомъ до восьмидесятыхъ и т. д. Если сохранились только воспоминанія юношескихъ лѣтъ, то они часто оказываются свѣжѣе, чѣмъ въ нормѣ; они могутъ даже пріобрѣсти живость галлюцинацій, такъ что больному кажется, что онъ переживаетъ въ данный моментъ событія,

которыя въ дѣйствительности имѣли мѣсто семьдесятъ лѣтъ тому назадъ. При артеріосклеротическихъ формахъ наблюдаются нѣсколько неправильныя колебанія разстройства памяти въ смыслѣ содержанія и времени. При прогр. параличѣ разница между тѣмъ, какъ вспоминаются давнія и свѣжія событія, иногда не такъ бросается въ глаза, однако ее всегда можно доказать, въ особенности при болѣе выраженномъ слабоуміи. При острой Корсаковской болѣзни алкогольнаго происхожденія имѣется обыкновенно въ началѣ болѣзни ясная граница потери памяти; все что случилось послѣ заболѣванія, больные забыли; старое помнится почти цѣликомъ. Довольно скоро однако эта граница стирается, и прежнія событія исчезаютъ изъ памяти или неправильно воспроизводятся. При маніакальныхъ формахъ прогр. паралича и при алкогольной Корсаковской болѣзни часто наблюдается безудержное сочинительство (конфабуляція). При нѣкоторыхъ торпидныхъ формахъ старческихъ психозовъ конфабуляціи совсѣмъ не бываетъ. Ceteris paribus, она бываетъ выражена сильнѣе или слабѣе параллельно росту и паденію активности и возбужденія.

Отсутствіе критики выражено сильнѣе повидимому при прогр. параличѣ, чѣмъ при старческихъ формахъ, гдѣ личность со своими стремленіями сравнительно лучше сохраняется; такъ напр. скупого старика не такъ то легко уговорить сдѣлать подарокъ кому нибудь. Неопредѣленные отвѣты, долженствующіе скрыть недостатокъ мыслей, чаще встрѣчаются и рѣзче бываютъ выражены въ простыхъ случаяхъ старческаго слабоумія. Большіе мозговые очаги легче всего даютъ поводъ къ тяжелой персевераціи.

Продукція бредовыхъ идей при маніакальной формѣ прогр. паралича бываетъ колоссальна, при другихъ формахъ очень ограничена. Вообще фантазія работаетъ очень живо у паралитиковъ и алкоголиковъ съ Корсаковской болѣзнью, въ другихъ случаяхъ она бываетъ мало выражена.

Неустойчивость аффектовъ можетъ появиться и вслѣдствіе кровоизліянія въ область зрительнаго бугра; въ такихъ случаяхъ она можетъ остаться единственнымъ симптомомъ, такъ какъ интеллектъ или бываетъ вовсе не задѣтъ, или поражается только мѣсяцы или годы спустя. Прогр. параличъ предрасполагаетъ къ эйфорическимъ состояніямъ, старческія формы — къ подавленнымъ. Корсаковскіе больные—алкоголики—большею частью довольно долго бываютъ эйфоричны.

Осмышленіе при простыхъ старческихъ формахъ сохраняется гораздо дольше, чѣмъ при прогр. параличѣ.

Исходъ органическихъ психозовъ большею частью летальный, соотвѣтственно основному мозговому заболѣванію. Симптомы интоксикаціонныхъ психозовъ (Корсаковскій) могутъ болѣе или менѣе пройти или послѣ небольшого улучшенія стать стаціонарными. При прогр. параличѣ и артеріосклеротическихъ формахъ наблюдаются далеко идущія ремиссіи, несмотря на то, что теченіе болѣзни въ общемъ прогрессивно ухудшается. У артеріосклеротиковъ отдѣльныя улучшенія продолжаются иногда только нѣсколько дней или даже часовъ; однако тогда они бываютъ довольно часты и со-

ставляютъ существенную часть картины болѣзни. Это пожалуй единственный случай, гдѣ можно съ полнымъ правомъ говорить объ „intervalla lucida“. Относительно прогностики отдѣльныхъ формъ см. ниже.

Дифференціальная діагностика органическихъ психозовъ въ началѣ болѣзни не легка. Болѣзнь должна достигнуть извѣстной высоты, пока ясно обнаружится значительная доля вышеуказанныхъ разстройствъ. Такъ, напр., оріентировка у сознательныхъ больныхъ страдаетъ только при высокихъ степеняхъ слабоумія. Однако на судѣ приходится видѣть, что интеллигентные свидѣтели считаютъ вполнѣ вмѣняемымъ человѣка, который въ буквальномъ смыслѣ не отличаетъ дня отъ ночи, въ 11 часовъ ночи идетъ въ контору, а утромъ хочетъ устроить званый вечеръ. Съ другой стороны, при старческомъ слабоуміи трудность заключается въ томъ, что и нормальная старость даетъ похожіе симптомы: не знаешь, какую степень разстройства памяти или неустойчивости аффекта надо считать началомъ заболѣванія. Рѣшающую роль тутъ иногда играютъ практическія соображенія.

Если имѣется на лицо ясно выраженное меланхолическое состояніе, то на органическую натуру страданія указываетъ мелочная реакція на пустяки вродѣ опозданія обѣда, или рѣзкая аффективная отвлекаемость: какой нибудь остротой или шуткой можно быстро измѣнить настроеніе больного. Еще важнѣе нелѣпость бредовыхъ идей, особенно нигилизмъ и délire d'énormité. Разстройство оріентировки можно принять въ соображеніе только у сознательныхъ больныхъ. Осторожно надо относиться также къ симптому ночного безпокойства при дневномъ снѣ, т. к. это встрѣчается и у шизофрениковъ. Медленное теченіе психическихъ процессовъ, хотя и въ нѣсколько иномъ родѣ, встрѣчается при эпилепсіи равно какъ и неясное воспріятіе и персеверація.

Состоянія органической неясности (представленій) легче всего узнать по хорошей аффективности при плохомъ интеллектѣ, причемъ, въ отличіе отъ эпилепсіи, легко наступаютъ колебанія въ душевной реакціи. Обыкновенно больной бываетъ очень занятъ, но дѣломъ объективно безсмысленнымъ и воображаемымъ, т. е. не основаннымъ даже на галлюцинаціи. Больной напр. хочетъ сложить одѣяло; когда это ему удается, что бываетъ рѣдко, или когда кто нибудь другой ему это сдѣлаетъ, онъ по прежнему продолжаетъ свое (сравни пресбіофреническій бредъ).

Часто бываетъ, что діагноза органической болѣзни какъ таковой еще нельзя поставить, а между тѣмъ специфическіе соматическіе симптомы (невриты, зрачковыя и рѣчевыя разстройства) уже даютъ возможность навѣрняка узнать опредѣленный психозъ (прогр. параличъ, Корсаковъ). Чаще бываетъ наоборотъ: уже видно, что болѣзнь вообще органическая, а между тѣмъ специфическихъ симптомовъ опредѣленнаго психоза еще нѣтъ. Тѣмъ болѣе съ этимъ нужно считаться, что есть органическіе психозы, въ основѣ которыхъ лежатъ неизвѣстныя намъ заболѣванія мозга.

Важнымъ средствомъ для разпознаванія и различенія органическихъ страданій центральной нервной системы является изслѣдо

ваніе спинномозговой жидкости. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ поясничный проколъ имѣетъ и терапевтическое значеніе. Cave: при опухоляхъ мозга (опасность вдавленія продолговатаго мозга въ затылочную дыру) и травматическіе неврозы (возникновеніе новыхъ жалобъ въ связи съ операціей).

Технику прокола нужно — въ интересахъ больного — изучить практически: нужно сначала видѣть проколъ, а потомъ нѣсколько разъ продѣлать подъ руководствомъ опытнаго человѣка. Для памяти привожу слѣдующія указанія: если на спинѣ больного провести линію, соединяющую оба гребня подвздошныхъ костей, то непосредственно подъ нею будетъ промежутокъ между 5 и 4 поясничнымъ позвонкомъ, а надъ нею — между 4 и 3 позвонкомъ; и тотъ и другой могутъ служить мѣстомъ прокола; это область cauda equina, такъ что пораженіе спинного мозга исключается. Необходима тщательная дезинфекція! Игла для прокола должна быть не менѣе 10 cm длиной и по возможности тоньше; лучше всего эластическія иглы изъ иридіевой платины. Душевно-больнымъ лучше дѣлать проколъ въ сидячемъ положеніи, такъ какъ въ такомъ положеніи ихъ легче удерживать, да и возбуждаются они меньше, чѣмъ когда приходится ихъ укладывать. Въ томъ и другомъ случаѣ очень важно максимально согнуть позвоночникъ, такъ какъ тогда больше открываются межпозвоночныя пространства. Нужно слѣдить, чтобы позвоночникъ не былъ повернутъ въ сторону, а то будетъ труднѣе попасть въ каналъ. Для фиксаціи больного, его сажаютъ верхомъ на стулъ, и заставляютъ его руками обхватить спинку стула, служитель становится на колѣни спереди и держитъ ноги больного симметрично кверху.

Вкалываютъ иглу по средней линіи, непосредственно подъ третьимъ или четвертымъ отросткомъ, который нужно прощупать пальцемъ свободной руки; иглу направить нѣсколько косо кверху. Если вкалываютъ сбоку — на 1 cm отъ средней линіи — то игла идетъ нѣсколько глубже. Первый методъ (срединный) имѣетъ большое преимущество, что иглу не нужно уклонять въ сторону; боковой методъ требуетъ большого навыка, чтобы точно учесть уголъ отклоненія иглы. Зато при срединномъ методѣ приходится преодолѣвать большое препятствіе въ видѣ плотныхъ межостистыхъ связокъ, которыя иногда даютъ оператору ощущеніе костной резистенціи. Часто вкалываютъ иглу слишкомъ глубоко; тогда нужно медленно тянуть иглу обратно и жидкость начинаетъ вытекать.

При діагностическомъ проколѣ выпускаютъ отъ 6 до 10 ccm, у паралитиковъ можно выпустить нѣсколько больше. Если хотятъ измѣрить давленіе спинномозговой жидкости, то это нужно сдѣлать прежде всего и въ лежачемъ положеніи больного. На иглу одѣваютъ прокипяченную тоненькую резиновую трубочку, а въ эту вставляютъ еще стеклянную трубочку; послѣднюю держатъ выше, и потомъ на приложенной скалѣ отсчитываютъ высоту отъ мѣста вкола до уровня жидкости въ трубочкѣ. Въ нормѣ высота колеблется между 90 и 140 mm H_2O. При очень высокомъ давленіи надо замедлить вытеканіе жидкости и во всякомъ случаѣ закончить пункцію раньше, чѣмъ жидкость спустится до нормальной высоты. Послѣ прокола больной долженъ сутки лежать въ постели въ горизонтальномъ положеніи. Если повышается температура, что бываетъ, или появляется головная боль или тяжесть въ головѣ, оставляютъ больного въ постели на нѣсколько дней и даютъ 0,2 — 0,3 парамидону.

У здоровыхъ людей спинномозговая жидкость свѣтла и безцвѣтна; примѣсь крови отъ прокола довольно быстро отстаивается (понятно, что для Вассерман. реакціи такія жидкости не годятся). Если жидкость желтовата, то это не отъ прокола, а указываетъ на кровоизліяніе въ мозгъ, на опухоль мозга и на пахименингитъ. Счетъ форменныхъ элементовъ въ жидкости нужно сдѣлать по возможности быстро, а то они осаждаются; лучше всего это сдѣлать при посредствѣ особо видоизмѣненной (по Fuchs и Rosenthal) камеры для счета кровяныхъ шариковъ. Въ качествѣ краски можно взять Methylviolett 0,2, Acid. acet. glac. 1,0, Aq. dest. 50,0. Въ нормѣ 1 cmm содержитъ отъ 0 до 5 клѣтокъ; если ихъ насчитывается отъ 6 до 10, то это уже подозрительно; болѣе высокія числа несомнѣнно патологичны. Если при психозѣ количество клѣтокъ въ жидкости увеличено, то это обычно прогр. параличъ. — Если хотятъ дифференцировать отдѣльныя клѣточныя формы, красятъ отцентрифугированный осадокъ обычными методами. Плазматическія клѣтки при психозѣ указываютъ на прогр. параличъ. — Еще важнѣе Вассермановская реакція жидкости, требуется титровка различными количествами жидкости. У паралитиковъ реакція обычно сильная, при

сифилисѣ центр. нервной системы слабѣе. Въ химическомъ отношеніи имѣетъ значеніе такъ называемая „Фаза I" по Nonne: 1—2 ccm жидкости смѣшиваютъ съ такимъ же количествомъ насыщеннаго воднаго раствора сѣрнокислаго аммонія не подогрѣвая: при центральныхъ сифилогенныхъ заболѣваніяхъ получается обычно муть или опалесценція, которая свидѣтельствуетъ объ увеличенномъ содержаніи глобулиновъ (и нуклеиновъ). Если теперь смѣсь вскипятить, выпадаютъ остальныя бѣлковыя вещества (Фаза II по Nonne). Однако послѣднюю пробу лучше дѣлать посредствомъ предложенной Nissl'емъ градуированной трубочки. Въ нее наливаютъ 2 ccm свѣжей жидкости + 1 ccm Эссбаховскаго реактива и центрифигуруютъ 30—45 минутъ; осадокъ собирается на днѣ трубочки и высоту его отсчитываютъ по дѣленіямъ на трубочкѣ. Въ нормѣ спинномозговая жидкость содержитъ не болѣе 0,2 — 0,35‰ бѣлку, въ патологическихъ случаяхъ это количество можетъ быть увеличено въ два-три раза и больше.

Фаза I положительна какъ правило, при прогр. параличѣ, врожденномъ сифилисѣ, экстрамедуллярной опухоли; нѣсколько рѣже при tabes и другихъ формахъ сифилиса центральной нервной системы, и только частью при абсцессѣ мозга и другихъ болѣзняхъ головного и спинного мозга и его оболочекъ.

Дальнѣйшее развитіе химической діагностики даетъ Kafka (Münch. Med. Woch. 1915, стр. 105): тѣ глобулины, которыя выпадаютъ при смѣшиваніи спинномозговой жидкости съ 28% растворомъ сѣрнокислаго аммонія, указываютъ на острое воспаленіе оболочекъ, но не исключаютъ туберкулезныхъ и сифилитическихъ процессовъ. Эйглобулины (фибриногенъ, фибриноглобулинъ) выпадаютъ еще при 33% растворѣ и указываютъ на прогр. параличъ. Псевдоглобулины встрѣчаются только при хроническомъ сифилисѣ мозга и выпадаютъ только при 40% растворѣ реактива.

VI. Dementia paralytica.

Dementia paralytica, которая въ публикѣ неправильно называется размягченіемъ мозга, а въ научномъ обиходѣ обозначается словомъ прогрессивный параличъ[1], представляетъ собой метасифилитическое[2] заболѣваніе мозга съ общими симптомами органическихъ психозовъ и своеобразными соматическими явленіями; болѣзнь эта обыкновенно тянется немного лѣтъ и кончается смертью.

Кромѣ вышеуказанныхъ психическихъ особенностей, отличающихъ прогр. параличъ отъ остальныхъ органическихъ психозовъ, имѣются еще и нѣкоторыя другія, однако до сихъ поръ мы еще не можемъ ни ясно очертить ихъ, ни точно формулировать.

Зато совершенно ясны специфическіе *физическіе симптомы* прогр. паралича. Какъ и при tabes, мы здѣсь находимъ рефлекторную неподвижность зрачковъ (симптомъ Argyll-Robertson): зрачки или вовсе не реагируютъ на свѣтъ, или реагируютъ вяло и недостаточно, въ то время какъ реакція на аккомодацію сохраняется дольше и лучше. Зрачки часто бываютъ неравномѣрны, ненормально широки или узки, часто неправильной формы. Страдаетъ также и психическая реакція (на боль, душевное напряженіе); однако, это разстройство не находится въ закономѣрной связи ни съ рефлекторной неподвижностью зрачковъ, ни со стадіей болѣзни.

Остальные рефлексы ничего характернаго не представляютъ собой. При простыхъ формахъ прогр. паралича, когда слабѣетъ контроль большого мозга, рефлексы естественно повышаются; при

[1]) Въ нѣмецкомъ оригиналѣ употреблено слово „Paralyse" — но по русски слово „параличъ" отдѣльно взятое имѣетъ другое значеніе и вмѣсто dementia paralytica говорятъ прогрессивный параличъ. Примѣч. переводчика.

[2]) По Moebius'y. По Fournier это называется парасифилисъ.

формахъ осложненныхъ tabes'омъ, т. е. перерывомъ периферически-спинальной рефлекторной дуги, рефлексы отсутствуютъ, на нижнихъ конечностяхъ во всякомъ случаѣ.

Наиболѣе бросается въ глаза разстройство координаціи игры мускуловъ, что больше всего даетъ себя знать въ тонкихъ движеніяхъ, необходимыхъ для рѣчи. Отдѣльные звуки плохо образуются, рядъ звуковъ, слѣдующихъ другъ за другомъ, „смазывается" вмѣстѣ, больной застряваетъ на полугласныхъ, пропускаетъ нѣкоторые звуки и слога, повторяетъ или переставляетъ („спотыканіе на слогахъ"), часто совсѣмъ измѣняетъ звуки, составляющіе данное слово[1]). Къ этому присоединяются и психическія разстройства: невниманіе, слабость воспріимчивости, амнестическія явленія затрудняютъ и произвольную рѣчь, и повтореніе чужихъ словъ. Голосъ легко — особенно въ послѣднихъ стадіяхъ — становится дрожащимъ, однотоннымъ; къ концу болѣзни рѣчь становится совсѣмъ медленной, мало понятной.

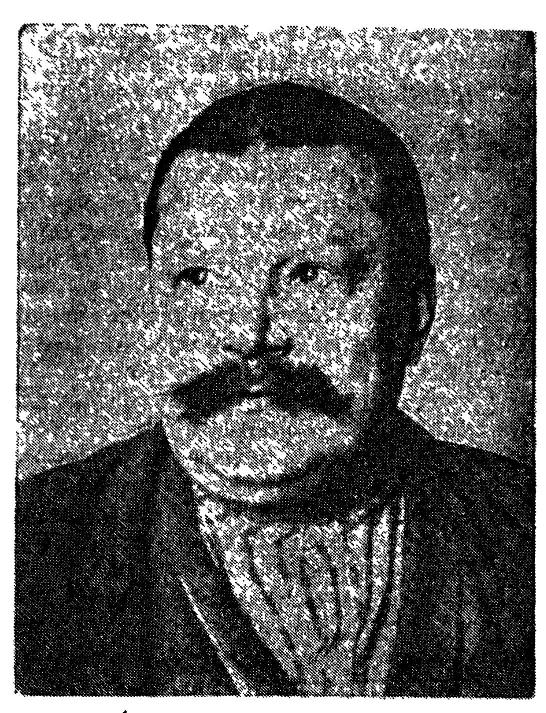


Рис. 3. Типично вялое лицо паралитика. Можно подумать, что мимическая моделлировка лица затушеваиа слишкомъ рѣзкой ретушью, въ то время какъ глаза выдаютъ живость аффекта. Если глаза прикрыть, получается впечатлѣиіе лица спящаго. Носогубныя складки неодинаковы.

Во многихъ случаяхъ замѣчается паденіе тонуса мимической мускулатуры, носогубныя складки сглаживаются (на одной сторонѣ часто больше чѣмъ на другой), болѣе тонкія мимическія движенія исчезаютъ. Все это придаетъ **лицу** вялое и безсмысленное выраженіе, по которому въ больницахъ можно на разстояніи узнать паралитика. Довольно рано можно видѣть подергиванія отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ на лицѣ („зарницы").

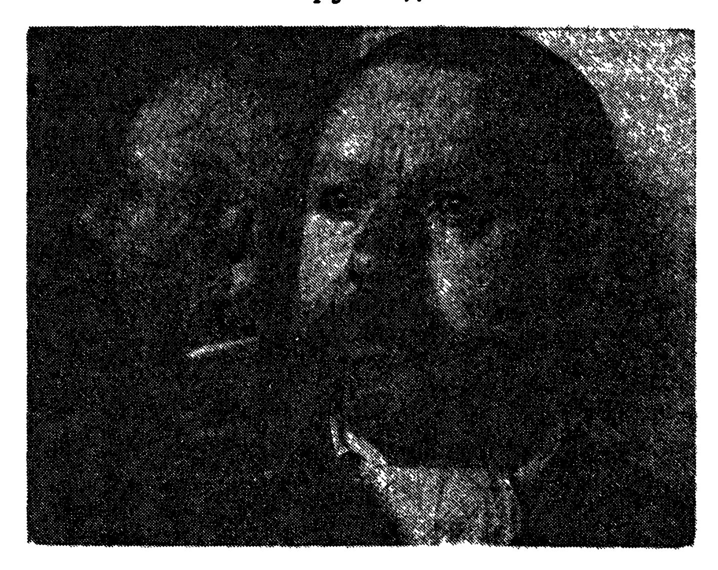


Рис. 4. Паралитикъ. Несмотря на напряженную позу, которая выражается въ морщинахъ лба и въ глазахъ, нижняя часть лица начиная съ глазъ остается вялой.

[1]) Ziehen употребляетъ терминъ „гезитирующая" (нерѣшительная) рѣчь. Правда паралитики дѣйствительно говорятъ медленно, когда разстройство координаціи причиняетъ имъ серьезныя затрудненія: однако этотъ терминъ лучше подходитъ для эпилептическаго разстройства рѣчи, которое носитъ совершенно другой характеръ.

Языкъ высовывается неувѣренно, на немъ замѣчается подергиваніе отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ.

Аналогично рѣчи разстраивается и почеркъ. Помимо крупнаго и неравномѣрнаго дрожанія, свойственнаго органическимъ пораженіямъ мозга, мы замѣчаемъ еще въ почеркѣ паралитиковъ, что строчки идутъ не туда, куда надо, буквы неодинаковой величины; вмѣсто дугъ получаются углы и т. п.; нажимъ пера неравномѣрный. Къ этому присоединяются психическія затрудненія: пропуски, повторенія, перемѣщенія буквъ, слоговъ и словъ, смазываніе, неправильныя исправленія, синтаксическія ошибки, конецъ предложенія не соотвѣтствуетъ началу; въ концѣ концовъ получаются совершенно неразборчивыя каракули.

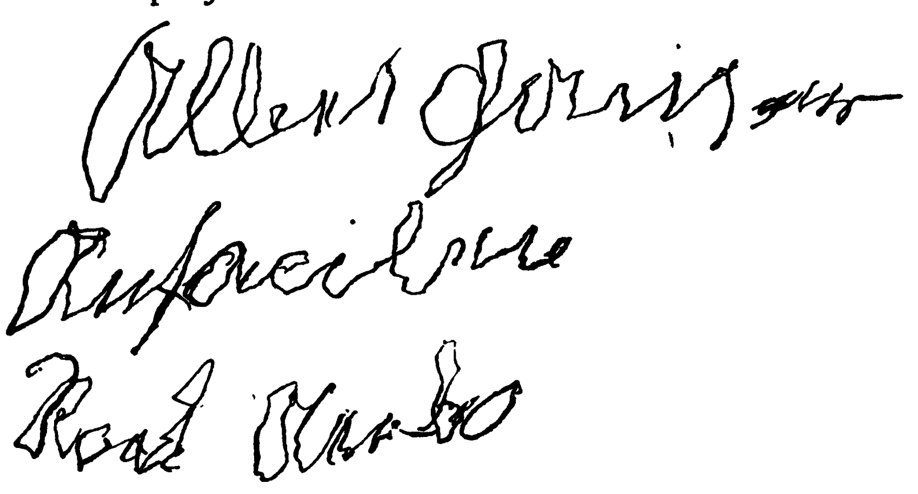


Рис. 5. Прогр. параличъ. Паралитическій почеркъ. Разстройство координаціи особенно замѣтно на буквахъ A и R: вмѣсто дуги въ первой буквѣ острый выступъ, во второй прямая линія. Намеки на дрожаніе, довольно мелкое въ данномъ случаѣ; „er" въ концѣ второго слово несоразмѣрно мало и криво поставлено. Неравномѣрность нажима видна ясно, хотя написано это карандашемъ. Со стороны психики: въ „Albert" пропущено „r", въ буквѣ „u" дуга. Какъ слѣдствіе дефекта психики и координаціи, послѣднія три слова вышли совсѣмъ неразборчиво. Ближе къ концу почеркъ ухудшается, что указываетъ на быструю утомляемость („вниманія").

Разстройство походки становится замѣтнымъ нѣсколько позже, если только развитію психоза не предшествовалъ tabes со своими симптомами. Нога становится невѣрно, то впереди, то позади, то сбоку отъ нужнаго мѣста. Походка становится неправильной, шаткой; ноги безсильно разставляются широко и до нѣкоторой степени спастически (не похоже однако на спастическій спинальный параличъ, когда стопа липнетъ къ полу). Нерѣдко замѣчается, что все тѣло „отвисаетъ" то влѣво, то вправо. Въ послѣднихъ стадіяхъ больные уже вообще не могутъ ходить.

Постепенно вся мускулатура тѣла приходитъ въ состояніе спастическаго паралича, больной становится совершенно безпомощнымъ. Поражается и гладкая мускулатура; глотаніе затрудняется и дѣлается невозможнымъ, кишечникъ не можетъ опорожнить своего содержимаго; чаще наблюдается incontinentia alvi et urinae, послѣднее часто въ соединеніи съ параличемъ пузыря.

Кровь даетъ большею частью положительную Вассермановскую реакцію, спинномозговая жидкость почти всегда. Давленіе

жидкости часто повышено; въ смѣси съ равнымъ количествомъ насыщеннаго раствора сѣрнокислаго аммонія она даетъ муть отъ присутствія глобулиновъ (Nonne, Фаза I), содержитъ также и ненормально много альбуминовъ (реакція Nissl'я съ Эссбаховскимъ реактивомъ), и во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ содержитъ увеличенное количество клѣточныхъ элементовъ (гиперлимфоцитозъ). При этомъ особенно характернымъ для діагноза прогр. паралича считается нахожденіе плазматическихъ клѣтокъ, а также такъ назыв. Abbauzellen. При прогр. параличѣ количество клѣточныхъ элементовъ можетъ достигнуть нѣсколькихъ сотъ въ 1 cmm.

Перечисленные соматическіе симптомы нужно считать основными симптомами прогр. паралича, хотя въ отдѣльныхъ, очень рѣдкихъ правда, случаяхъ они могутъ быть очень слабо выражены. Ни въ смыслѣ времени ни въ смыслѣ интенсивности они не находятся ни въ какомъ опредѣленномъ соотношеніи съ разстройствами психики и могуть появиться и до и послѣ нихъ. Часто можно констатировать разстройство координаціи въ писаніяхъ больного, предшествовавшихъ заболѣванію. Зрачковыя разстройства могутъ быть констатированы за много лѣтъ до проявленія болѣзни, но могутъ и отсутствовать при яркомъ психозѣ.

Изъ добавочныхъ соматическихъ симптомовъ наиболѣе часты паралитическіе припадки. Они похожи на тѣ, которые мы обычно видимъ при грубыхъ пораженіяхъ мозга: большею частью, но не всегда, они наступаютъ внезапно, сознаніе теряется и послѣ этого появляются судороги, частью общія, частью локализованныя, иногда Jackson'овскаго типа.

Продолжительность припадковъ колеблется между немногими секундами и нѣсколькими днями, часто сознаніе возвращается еще до прекращенія судорогъ.

Наряду съ этими припадками, характерными вообще для грубаго пораженія мозга, наблюдаются простые обмороки, эпилептиформные и апоплектиформные приступы. Послѣдніе оставляютъ послѣ себя геми- и моноплегіи, большею частью спастическаго характера; они не всегда проходятъ и тѣмъ не менѣе даже въ этихъ случаяхъ можно не найти анатомической подкладки.

Разстройство тепловыхъ центровъ влечетъ за собой внезапныя повышенія температуры, длящіяся иногда цѣлыми днями.

Кромѣ обезъизвествленія костей наблюдаются и другія трофическія разстройства. Въ послѣднихъ стадіяхъ трудно избѣжать пролежня, причина этого лежитъ не только въ параличахъ и неопрятности, но и въ нарушеніи трофики. И отгэматомы могутъ возникнуть безъ внѣшняго насилія.

Вѣсъ тѣла находится въ тѣсной зависимости отъ болѣзни: эйфорическіе больные бываютъ хорошо упитаны до самой смерти, хотя обычно въ послѣдней стадіи развивается маразмъ. Въ другихъ случаяхъ маразмъ появляется съ самаго начала.

Аппетитъ то чрезмѣренъ, то пониженъ, въ зависимости отъ основного настроенія больного. Часто бываетъ безсмысленное обжорство, особенно при маніакальныхъ формахъ въ стадіи слабоумія.

Сонъ при состоянiи возбужденiя конечно плохой, въ спокойныхъ стадiяхъ до наступленiя глубокаго слабоумiя большею частью нормальный, въ послѣдней стадiи больные проводятъ ночи безпокойно. Сонливость наблюдается рѣже.

Половое чувство обычно поражается: въ началѣ, при манiакальныхъ формахъ, libido повышается, въ дальнѣйшемъ исчезаетъ сначала потенцiя, а потомъ и влеченiе. Въ промежуткѣ бываетъ перiодъ, когда и libido и потенцiя очень сильны, но тѣмъ не менѣе, ejaculatio часами не наступаетъ, что при грубости больныхъ представляетъ довольно непрiятное явленiе.

При прогр. параличѣ подобно tabes наблюдается иногда атрофiя зрительнаго нерва, которая однако въ функцiональномъ отношенiи подвержена большимъ колебанiямъ, т. е. зрѣнiе въ теченiе мѣсяцевъ дѣлается то хуже, то лучше; полная слѣпота наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ. Не такъ рѣдки и параличи (большею частью преходящiе) отдѣльныхъ глазныхъ мышцъ, главнымъ образомъ въ первоначальной стадiи. Можно встрѣтить и окончательное перерожденiе отдѣльныхъ нервовъ тѣла.

Часто наблюдаются и сенсорные симптомы въ видѣ головной боли, мигрени обыкновенной и „глазной", парэстезiй всякаго рода. Особенно въ первоначальной стадiи они часто заполняютъ картину болѣзни, при чемъ ихъ трактуютъ какъ невриты и ревматизмъ. Важно для дiагноза часто встрѣчающееся разстройство болевой чувствительности (гипальгезiя или анальгезiя), ограничивающееся кожей.

Изъ добавочныхъ психическихъ симптомовъ нужно отмѣтить эндогенныя колебанiя настроенiя манiакальнаго и меланхолическаго типа; они часто доминируютъ въ картинѣ болѣзни и этотъ признакъ служитъ даже поводомъ къ выдѣленiю особыхъ подгруппъ.

Галлюцинацiи (почти исключительно слуховыя и зрительныя) не играютъ большой роли, большинство случаевъ протекаетъ безъ нихъ, и только очень рѣдко обманы чувствъ стоятъ на первомъ планѣ.

Зато бредовыя идеи очень часты; обычно онѣ находятся въ тѣсной связи съ перемѣнами въ аффективной сферѣ. Въ противоположность параноиднымъ состоянiямъ, эти идеи здѣсь не такъ фиксируются; особенно въ манiакальныхъ формахъ онѣ подвержены большимъ колебанiямъ въ зависимости отъ настроенiя и степени слабоумiя; чѣмъ больше больной ими занимается, тѣмъ болѣе онѣ усиливаются: у больного 20 лошадей; какъ только онъ себѣ это представитъ, ему уже мало, у него уже сто, двѣсти и т. д. Паралитику легко также внушить бредовыя идеи, или модифицировать имѣющiяся у него: стоитъ спросить его, неужели онъ на военной службѣ не имѣлъ никакого чина, и онъ сразу становится генераломъ. Бредовыя идеи паралитиковъ нелѣпы и качественно и количественно (невѣроятныя преувеличенiя): больной думаетъ разбогатѣть, купивъ домъ, на которомъ долговъ 70000 марокъ и процентовъ надо платить 1600; онъ же хочетъ заработать миллiонъ, устроивъ катокъ съ плакатомъ: „за входъ вмѣстѣ съ бутылкой лучшаго вина 2 франка"; другой больной покупаетъ

для себя сто ящиковъ макаронъ, и всякихъ другихъ скоропортящихся вещей въ такихъ же количествахъ, или заказываетъ „полный корабль шампанскаго“.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдаются грубые очаговые симптомы, всякаго рода параличи церебральнаго типа (особенно часта неодинаковая иннервація въ области лица, особенно нижнихъ вѣтвей n. facialis), афазическія и апрактическія разстройства и т. п. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ появляются симптомы раздраженія чмоканіе, скрежетаніе зубами, и другія судорожныя, болѣе или менѣе координированныя движенія.

Въ послѣднихъ стадіяхъ бываютъ симптомы, внѣшне похожіе на кататоническіе, которые пока еще нельзя точно отграничить; ихъ подводятъ подъ понятіе вербигераціи, стереотипіи, эхопраксіи.

Теченіе. Прогр. параличъ, какъ правило, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ приводитъ къ смерти. Такъ называемыя выздоровленія, описанныя въ литературѣ, очень сомнительны (неправильные діагнозы? продолжительныя ремиссіи?) Въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ ремиссія можетъ тянуться и десять лѣтъ и больше; даже безъ ремиссіи нѣкоторые случаи могутъ долго тянуться, однако все это настолько рѣдко встрѣчается, что нечего считаться съ этимъ. Скоротечныя (галопирующія) формы съ бурнымъ возбужденіемъ могутъ въ недѣлю кончиться смертью.

Болѣзнь почти всегда подкрадывается постепенно, это относится и къ тѣмъ случаямъ, когда острый приступъ вдругъ дѣлаетъ болѣзнь явной для окружающихъ.

Уже лѣтъ за 10 до взрыва болѣзни можно иногда констатировать и зрачковыя разстройства и перемѣну въ характерѣ; часто годами наблюдаются одни только неврастеническіе симптомы, за которыми кроется грозное заболѣваніе.

Прогр. параличъ, разъ проявившись, можетъ дать ремиссіи, настолько глубокія, что симулируютъ выздоровленіе (при простыхъ дементныхъ формахъ этого почти никогда не бываетъ).

Чередованіе отдѣльныхъ симптомовъ не подчиняется никакому закону. Въ періодѣ предвѣстниковъ, т. е. когда болѣзнь еще не распознана, наиболѣе часты зрачковые симптомы, разстройство почерка и перемѣна характера. Болѣзнь можетъ дебютировать неврастеническимъ симптомомъ, паралитическимъ припадкомъ или другимъ соматическимъ признакомъ такъ же хорошо, какъ и рѣзкимъ психическимъ синдромомъ (преступный или нелѣпый поступокъ).

И для болѣе позднихъ стадій трудно установить какія либо правила, однако можно сказать, что возбужденіе при глубокомъ слабоуміи легко принимаетъ характеръ спутанности.

Изъ наиболѣе частыхъ раннихъ симптомовъ отмѣтимъ: зрачковыя разстройства, потерю колѣнныхъ рефлексовъ (при осложненіи tabes'омъ), раздражительность, страхи, преувеличенную предпріимчивость, или наоборотъ необычную слабость воли, сумеречныя состоянія въ теченіе нѣсколькихъ минутъ и даже часовъ, (очень напоминающія эпилептическія) со страннымъ поведеніемъ, приступы

головокруженія, обмороки, преходящее двоеніе въ глазахъ, по временамъ затрудненіе рѣчи, разстройство сна и особенно неврастеническій синдромъ.

Исходная стадія въ различныхъ формахъ бываетъ болѣе или менѣе одинакова; разница только въ состояніи аффективной сферы (большинство эйфоричны) и въ наличности или отсутствіи эретическихъ состояній (см. ниже отдѣльныя формы болѣзни).

Смерть въ неосложненныхъ случаяхъ наступаетъ отъ маразма безъ пневмоніи. Параличъ пузыря и пролежень даютъ поводъ ко всякаго рода инфекціямъ, параличъ глотательныхъ и дыхательныхъ мышцъ ведетъ къ пневмоніи или удушенію. Паралитическій припадокъ самъ по себѣ тоже можетъ кончиться смертью. Нѣкоторые больные дѣлаются жертвой несчастныхъ случаевъ изъ за своей безпомощности, какъ двигательной, такъ и психической; въ депрессивныхъ случаяхъ, рѣдко въ простыхъ, болѣзнь иногда кончается самоубійствомъ больного.

Продолжительность прогр. паралича не поддается точному опредѣленію. Чѣмъ лучше анамнезъ, тѣмъ дальше назадъ можно отнести начало заболѣванія, нерѣдко за десять лѣтъ до обнаруженія явныхъ признаковъ болѣзни. Съ послѣдняго момента начиная, можно считать продолжительность болѣзни въ среднемъ три года; короче всего тянутся ажитированныя формы, за ними идутъ депрессивныя, потомъ простыя, а дольше всего теченіе маніакальныхъ формъ. При всѣхъ формахъ — за исключеніемъ ажитированныхъ — бываютъ отдѣльные случаи, тянущіеся исключительно долго; maximum, который до сихъ поръ наблюдался, это 32 года.

Подгруппы. Многообразіе клиническихъ формъ прогр. паралича для упрощенія изложенія сводятъ къ 4 основнымъ типамъ. Конечно, между отдѣльными формами наблюдаются постоянные переходы. Однако, обычно — исключенія бываютъ — каждый данный случай остается въ предѣлахъ того основного типа, къ которому онъ принадлежалъ сначала.

1. Простая дементная форма отличается отсутствіемъ сильныхъ экзальтацій и депрессій, бредовыхъ идей и состояній спутанности. Зато въ теченіе этой формы, кромѣ типичнаго органическаго слабоумія наблюдаются, какъ правило, различные соматическіе симптомы, особенно припадки. По понятнымъ причинамъ эта форма распознается сравнительно поздно. Въ началѣ замѣчается только, что больные постепенно перестаютъ справляться со своимъ дѣломъ, и чѣмъ оно проще, тѣмъ позднѣе это всѣ замѣчаютъ, а затѣмъ больные понемногу глупѣютъ и становятся все болѣе и болѣе неловкими и слабыми.

2. Маніакальная или экспансивная форма, извѣстна также подъ именемъ классической, такъ какъ она была выдѣлена и описана раньше другихъ (по той же причинѣ выраженіе „мегаломанія" было раньше равнозначуще прогр. параличу). Эта форма зачастую обнаруживается внезапно, бурнымъ маніакальнымъ приступомъ, со скачкой идей, чувствомъ необыкновеннаго счастья и прилива силъ, грандіозной предпріимчивостью и бредомъ величія, абсурдность котораго уже указываетъ на глубокое разстройство интеллекта. Боль-

ной не только Богъ, онъ Верховный Богъ; владѣетъ трилліардами; милліоны кораблей, каждый величиной съ Женевское озеро, возятъ къ нему въ домъ бриллліанты изъ Индіи; онъ охотится на лунѣ; онъ изобрѣтаетъ велосипедъ, на которомъ можно будетъ въ три минуты объѣхать кругомъ земного шара. Онъ генералъ, отдаетъ честь въ вагонѣ всѣмъ встрѣчнымъ; кто не обращаетъ вниманія, того онъ приказываетъ разстрѣлять. Паралитички считаютъ себя первыми красавицами міра, всѣ люди это ихъ дѣти, которыхъ онѣ рожаютъ каждую секунду при непосредственномъ содѣйствіи Бога. Фантазія не всегда такъ далеко заходитъ, въ болѣе позднихъ стадіяхъ слабоумія бредъ величія сказывается не столько въ размѣрахъ имущества, сколько въ его оцѣнкѣ: больной хвастаетъ, что каждый мѣсяцъ онъ рѣжетъ 5 6 свиней, можетъ поднять полцентнера, получилъ въ наслѣдство марку, имѣетъ дома красивую шляпу — но все это онъ разсказываетъ съ такимъ самодовольствомъ, какъ если бы онъ былъ владыкой міра.

Бредъ величія въ связи съ повышеннымъ настроеніемъ и отсутствіемъ критики часто выражается въ изобрѣтеніяхъ больного, представляющихъ большею частью невѣроятный вздоръ; только въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ иначе. Такъ одинъ паралитикъ изобрѣлъ смѣсь для освѣженія цилиндровъ (шляпъ) и возился надъ этимъ два года, послѣ того какъ сталъ непригоденъ для дѣла. Другой больной игралъ на повышеніе хлопка, когда всѣ были увѣрены, что цѣны падутъ, и какъ на грѣхъ заработалъ полмилліона франковъ.

Классическая форма прогр. паралича сравнительно часто попадается въ высшихъ кругахъ общества; за этимъ исключеніемъ мы не имѣемъ никакихъ другихъ данныхъ, чтобы судить о предрасположеніи къ той или иной формѣ.

3. Меланхолическая или депрессивная форма начинается большею частью не такъ бурно, да и колебанія при ней не такъ велики; больные большею частью такъ и остаются въ депрессіи. Бредовыя идеи тоже нелѣпы, но проявляются въ видѣ идей обѣднѣнія, грѣховности, а также ипохондрическихъ и нигилистическихъ.

4. Довольно рѣдкая ажитированная форма опредѣляется разными авторами различно. Я причисляю къ этой формѣ только тѣ случаи, гдѣ наряду со спутанностью и неправильнымъ пониманіемъ окружающаго существуетъ сильное двигательное возбужденіе безъ маніакальнаго состоянія; при этомъ постоянно наблюдаются зрительныя и слуховыя галлюцинаціи и иллюзіи. Въ дальнѣйшемъ присоединяются болѣе грубые церебральные симптомы раздраженія, скрежетаніе зубами, судорожныя движенія, а впослѣдствіи предсмертное перебираніе руками. Заболѣваніе такимъ образомъ напоминаетъ острый бредъ; уже въ теченіе первыхъ недѣль наступаетъ истощеніе, и больные погибаютъ уже отъ перваго приступа. Въ болѣе легкихъ случаяхъ болѣзнь тянется мѣсяцами, очень легкіе случаи даютъ даже ремиссіи.

Другіе авторы причисляютъ къ этой группѣ также тѣ маніакальныя формы прогрессивнаго паралича, которыя быстрѣе обычнаго

ведутъ къ смерти отъ истощенія и гдѣ, соотвѣтственно силѣ болѣзненнаго процесса, наблюдается не столько манія и предпріимчивость, сколько ажитація и спутанность. Случаи, быстро (въ теченіе одной или нѣсколькихъ недѣль) ведущіе къ смерти, выдѣляются въ особую группу скоротечнаго (галопирующаго) прогр. паралича.

Въ общеупотребительной классификаціи отсутствуетъ эйфорическая форма, при которой настроеніе длительно повышено и даже имѣются нѣкоторыя бредовыя идея величія, однако до форменнаго маніакальнаго состоянія дѣло не доходитъ. Эту форму можно считать промежуточной, составляющей переходъ отъ простой къ маніакальной, однако въ виду ея частоты я ее отмѣчаю особо.

Какъ непостоянную форму, надо отмѣтить циклическую, особенностью которой является чередованіе меланхолическихъ и маніакальныхъ соетояній съ промежутками болѣе или менѣе безразличными. Эта форма довольно рѣдко встрѣчается.

Во многихъ случаяхъ обращаетъ на себя вниманіе продолжительная иачальная стадія, очень похожая на неврастенію, ее зачастую даже принимаютъ за таковую. Впослѣдствіи эти случаи переходятъ въ депрессивную, рѣже въ простую форму. Если нервные симптомы долго остаются на первомъ планѣ, тогда говорятъ о неврастенической формѣ прогр. паралича.

Рѣдко встрѣчаются параноидныя формы, по нѣскольку лѣтъ иногда онѣ имѣютъ видъ паранои и только потомъ онѣ принимаютъ обычное теченіе. Картина болѣзни можетъ осложниться депрессивнымъ настроеніемъ и соотвѣтствующими бредовыми идеями.

Довольно частая комбинація прогр. паралича съ tabes'омъ носитъ названіе табопаралича, протекаетъ онъ какъ будто особеннымъ образомъ, тянется довольно долго, и при немъ собственно паралитическіе симптомы бываютъ мало выражены.

Были попытки, теперь оставленныя, выдѣлить кататоническую разновидность на основаніи появленія кататоническихъ или похожихъ на кататонію симптомовъ (присоединеніе прогр. паралича къ шизофреніи или шизофренической конституціи?). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ общемъ относящихся къ разнымъ формамъ, наблюдается наклонность къ ступору. Иногда, но не всегда, удается при этомъ доказать осложненіе бывшей раньше шизофреніей.

Картина болѣзни при маніакальной формѣ. Въ отдѣльныхъ, правда рѣдкихъ случаяхъ, острому взрыву болѣзни за долго предшествуютъ параличи глазодвигательныхъ нервовъ, рефлекторная неподвижность зрачковъ, пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ. Глазные параличи большею частью проходятъ отъ антисифилитическаго лѣченія, другіе симптомы рѣдко улучшаются. За этимъ обычно слѣдуетъ пауза въ нѣсколькихъ лѣтъ, и затѣмъ начало болѣзни ничѣмъ не отличается отъ общаго шаблона.

Мужчина, физически и душевно здоровый, начинаетъ временами жаловаться на „нервныя“ явленія: голова побаливаетъ, давитъ голову, усталость то общая, то мѣстная, напр., въ глазахъ, сонъ плоховатъ. Это приписываютъ напряженной работѣ, считаютъ вполнѣ естественнымъ. Лѣченіе то слегка помогаетъ, то нѣтъ. Понемногу замѣчается, что непріятное состояніе какъ будто усиливается, работоспособность уменьшается. Временами на первый планъ выступаютъ топальгіи или другія боли, ихъ считаютъ нервными или ревматическими и соотвѣтственно этому лѣчатъ.

Въ то же время, а иногда раньше, начинаетъ постепенно мѣняться характеръ, это измѣненіе подкрадывается такъ незамѣтно, что его часто прозѣвываютъ. Заботливый отецъ семейства то тутъ,

то тамъ ведетъ себя эгоистически, безпечно, противно обыкновенію опрометчиво затѣваетъ дѣло, вдругъ безъ видимой причины не идетъ на работу.

Дѣльный провинціальный врачъ вдругъ бросаетъ свою практику, рѣшаетъ стать хирургомъ, поступаетъ ассистентомъ въ клинику, однако несмотря на то, что всегда отличался хорошими способностями, не можетъ одолѣть правилъ асептики. Тогда онъ покупаетъ себѣ еще домъ и устраиваетъ тамъ санаторію, которая нѣсколько лѣтъ идетъ хорошо. Другой врачъ начинаетъ пламенио и съ большимъ успѣхомъ проповѣдывать трезвость, строитъ домъ, прииимаетъ тамъ больныхъ и дѣло у него идетъ блестяще, тѣмъ не менѣе онъ все бросаетъ и становится завѣдующимъ въ частной кооперативиой лѣчебницѣ съ сомнительнымъ будущимъ. Оба эти врача черезъ нѣсколько лѣтъ заболѣли ясно выраженной маніакальной формой прогр. паралича.

Въ дальнѣйшемъ становятся очевидными разстройства интеллекта, которыя въ началѣ рѣдко кто замѣчалъ, а если и замѣчалъ, не считалъ ихъ болѣзненными. Тотъ врачъ, который перенялъ чужую лѣчебницу, вполнѣ серьезно, еще много лѣтъ до обнаруженія болѣзни, высчиталъ разъ, что если онъ пропишетъ больнымъ оставаться въ лечебницѣ двойное количество времени, у него будетъ вдвое больше больныхъ; послѣ этого онъ былъ еще въ состояніи изучить въ клиникѣ психіатрію и развить въ городѣ блестящую практику.

Интеллигентные родственники прежде всего замѣчаютъ все растущую неустойчивость настроенія, то въ видѣ раздражительности, то въ видѣ сангвиническаго темперамента съ безпорядочными колебаніями аффекта. Незадолго до взрыва болѣзни наблюдаются проступки противъ нравственности: больной плутуетъ во время игры, ведетъ себя неприлично въ половомъ отношеніи или же совершаетъ преступленіе.

Не безъ основанія думаютъ, что такіе предвѣстники всегда существуютъ, однако далеко не всегда ихъ замѣчаютъ — и бурный взрывъ болѣзни большею частью поражаетъ семью больного, какъ громъ среди яснаго неба.

Въ нѣсколько недѣль, даже иногда въ нѣсколько дней маніакальное состояніе достигаетъ апогея со скачкой идей, повышеннымъ настроеніемъ, неустанной предпріимчивостью, пышнымъ бредомъ величія. Больной считаетъ, что у него ко всему есть способности, затѣваетъ нелѣпыя дѣла, дѣлаетъ изобрѣтенія, дѣлается женихомъ трехъ женщинъ, одновременно заказываетъ для нихъ три одинаковыя брилліантовыя броши, чтобы послать имъ всѣмъ въ одинъ и тотъ же день. При малѣйшемъ противорѣчіи онъ грубо накидывается, какъ на врага, дѣло доходитъ до крупныхъ сценъ, до нарушенія общественной тишины и спокойствія, и такимъ образомъ больной попадаетъ въ больницу. Здѣсь уже сразу обнаруживается въ болѣе или менѣе выраженномъ состояніи разстройство рѣчи, зрачковъ, гипальгія кожи; отсутствіи критики быстро усиливается: больной — Богъ, императоръ, папа, бросается милліонами. Одинъ доцентъ химіи открылъ четвертое измѣреніе: „право - лѣво, два измѣренія, впередъ - назадъ, еще два, итого четыре; удивительно, что весь міръ ждалъ меня, чтобы открыть это Колумбово яйцо“.

Днемъ и ночью эти больные безпокойны, рвутъ все, стучатъ, поютъ, бранятся.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ маніакальное состояніе постепенно утихаетъ и смѣняется болѣе спокойной эйфоріей. Даже соматическіе симптомы могутъ стушеваться, въ рѣдкихъ случаяхъ совсѣмъ исчезнуть. Больной считаетъ себя выздоровѣвшимъ, до извѣстной степени относится сознательно къ своему возбужденію, вноситъ поправки въ наиболѣе глупыя бредовыя идеи, но все же считаетъ приступъ несерьезнымъ, понятнымъ слѣдствіемъ насильственнаго помѣщенія въ больницу и т. п. Описаны отдѣльные случаи, какъ рѣдкость, что больные на нѣсколько лѣтъ вновь пріобрѣтали полную работоспособность. Обыкновенно, однако, работоспособность остается пониженной, больной слишкомъ неустойчивъ аффективно, теряетъ способность критики; тѣмъ не менѣе въ кругу родныхъ онъ сходитъ за здороваго. Въ этомъ то и заключается большая опасность. Если больной не успѣлъ растратить своего состоянія въ началѣ болѣзни, то онъ это сдѣлаетъ теперь. Иногда все таки обращаетъ на себя вниманіе, что больной забываетъ всякое приличіе, можетъ спокойно заснуть въ обществѣ и отнестись къ этому вполнѣ равнодушно.

Ремиссія тянется обыкновенно мѣсяцами, затѣмъ наступаетъ вновь маніакальный приступъ съ меньшимъ возбужденіемъ и большимъ слабоуміемъ. Такъ можетъ повториться нѣсколько разъ. Въ промежуткахъ могутъ сохраняться нѣкоторыя бредовыя идеи, которыя больной преподноситъ врачу при каждой встрѣчѣ: „завтра я обѣдаю у императора"; во многихъ случаяхъ этихъ идей становится все больше и, чѣмъ дальше, тѣмъ онѣ нелѣпѣе, часто перемѣшаны съ продуктами конфабуляціи (сочинительства). Интеллигентные больные стараются большею частью сохранить хорошія манеры, однако это имъ далеко не удается, они легко становятся неряшливы, теряютъ самообладаніе. Появляется возбужденіе по малѣйшему поводу и безъ всякаго повода; когда врачу приходится въ чемъ либо отказать больному, тотъ грозитъ ему отрубить голову, призываетъ полкъ, милліардъ солдатъ, чтобы тѣ разстрѣляли врача, всю больницу, весь городъ. Тутъ же больной успокаивается, опять привѣтливъ, счастливъ. Возбужденіе отъ внутреннихъ причинъ тянется обычно дольше, недѣли и мѣсяцы.

Въ промежуткахъ бываютъ паралитическіе припадки, отъ которыхъ больной довольно хорошо поправляется.

Слабоуміе и слабость критики все прогрессируютъ, больной стереотипно повторяетъ старыя свои идеи, не давая ничего новаго, тщательно собираетъ всякую дрянь, становится неопрятнымъ. Онъ теряетъ способность осмыслить окружающою обстановку, не знаетъ, гдѣ онъ, что съ нимъ. Даже при отсутствіи афазическихъ разстройствъ онъ перестаетъ понимать самыя простыя предложенія и совершенно не въ состояніи исполнять ихъ. Соматическіе симптомы начинаютъ перевѣшивать, рѣчь превращается въ невнятное бормотаніе, безпомощность усиливается, больной все больше долженъ оставаться въ постели, не можетъ самъ удовлетворять свои потребности, дѣлается нечистоплотнымъ, отчасти вслѣдствіе психнческой небрежности, отчасти вслѣдствіе паралича сфинктеровъ или incontinentia paradoxa. Больной легко поперхивается, или съ жаднымъ обжорствомъ накидывастся на пищу и набиваетъ себѣ туго ротъ и глотку.

Состояніе питанія сравнительно долго остается хорошимъ, иногда до самой смерти. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ послѣдней стадіи наступаетъ маразмъ, рѣдко больные именно тогда начинаютъ сильно полнѣть. Конецъ наступаетъ вслѣдствіе припадка обыкновеннаго мозгового паралича, пневмоніи, инфицированнаго пролежня, послѣдствій перелома трофически измѣненныхъ (остеопорозныхъ) костей; при этомъ больной до конца не сознаетъ своего несчастнаго положенія и вообще рѣдко теряетъ свою эйфорію.

Картина болѣзни при депрессивной формѣ. Многіе изъ больныхъ этой категоріи, вслѣдствіе свойственной имъ мнительности, очень рано начинаютъ обращать вниманіе на свои „нервные" симптомы, и годами трактуются, какъ неврастеники. Въ концѣ концовъ замѣчаютъ, что больной не справляется съ простыми психическими актами или что у него уже имѣются соматическіе симптомы прогр. паралича. Депрессія усиливается то приступами, то постепенно и сопровождается большею частью тоской. Покушеніе на самоубійство часто приводитъ больного въ больницу. Онъ чувствуетъ себя глубоко несчастнымъ, имѣетъ на совѣсти всѣ грѣхи, его ждетъ страшное никазаніе и на томъ и на этомъ свѣтѣ, весь міръ погибъ или вообще никогда не существовалъ, внутренности больного съѣдены, всѣ его члены деревянные: „у меня большія ноги, у меня вовсе нѣтъ ногъ, я не существую уже". Нѣкоторые сохраняютъ еще при этомъ внѣшнее спокойствіе и лежатъ въ постели, другіе бѣгаютъ, за всѣхъ цѣпляются, стремятся куда то уйти, кричатъ не переставая, пока смерть не принесетъ имъ избавленія.

Однообразнѣе картина простой формы прогрессивнаго паралича. Съ нервными симптомами или безъ нихъ, больной то постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, то быстро — въ нѣсколько недѣль — доходитъ до того, что не въ состояніи больше справляться со своей работой и соціальнымъ положеніемъ. Онъ становится невнимательнымъ и небрежнымъ, забываетъ заплатить въ ресторанѣ или заказываетъ что нибудь, не имѣя денегъ; онъ дѣлается эгоистичнымъ, недоволенъ своимъ костюмомъ, хотя самъ одѣлся неряшливо, ругается, если не все дѣлается по его; покупаетъ сразу 4 зонтика, самъ не зная для чего, не можетъ больше оріентироваться въ городѣ. Кухарка то ему пересолила, то недосолила пищу, налила керосину въ салатъ, насыпала сахару въ супъ, набросала въ кастрюлю все, что было въ ящикѣ. Паралитичка вяжетъ чулки нелѣпой формы и величины, другая разъ принесла въ карманѣ юбки 2 кило окурковъ. На ряду съ этимъ понемногу дѣлаются все яснѣе основные психическіе и соматическіе симптомы, послѣдніе особенно послѣ паралитическихъ приступовъ, которые при этой формѣ бываютъ очень часты. Больной не узнаетъ мѣстности, называетъ тюленя санями и т. п.

Иногда наблюдается легкое возбужденіе. Больные часто мѣняютъ профессію, не обращаютъ вниманіе на время и обычаи, встаютъ напр. ночью и затѣваютъ нелѣпыя прогулки. Излишества in Baccho et in Venere нерѣдки.

Паралитики простой дементной формы попадаютъ въ больницу уже въ сравнительно тяжеломъ положеніи; глубокія ремиссіи рѣдки,

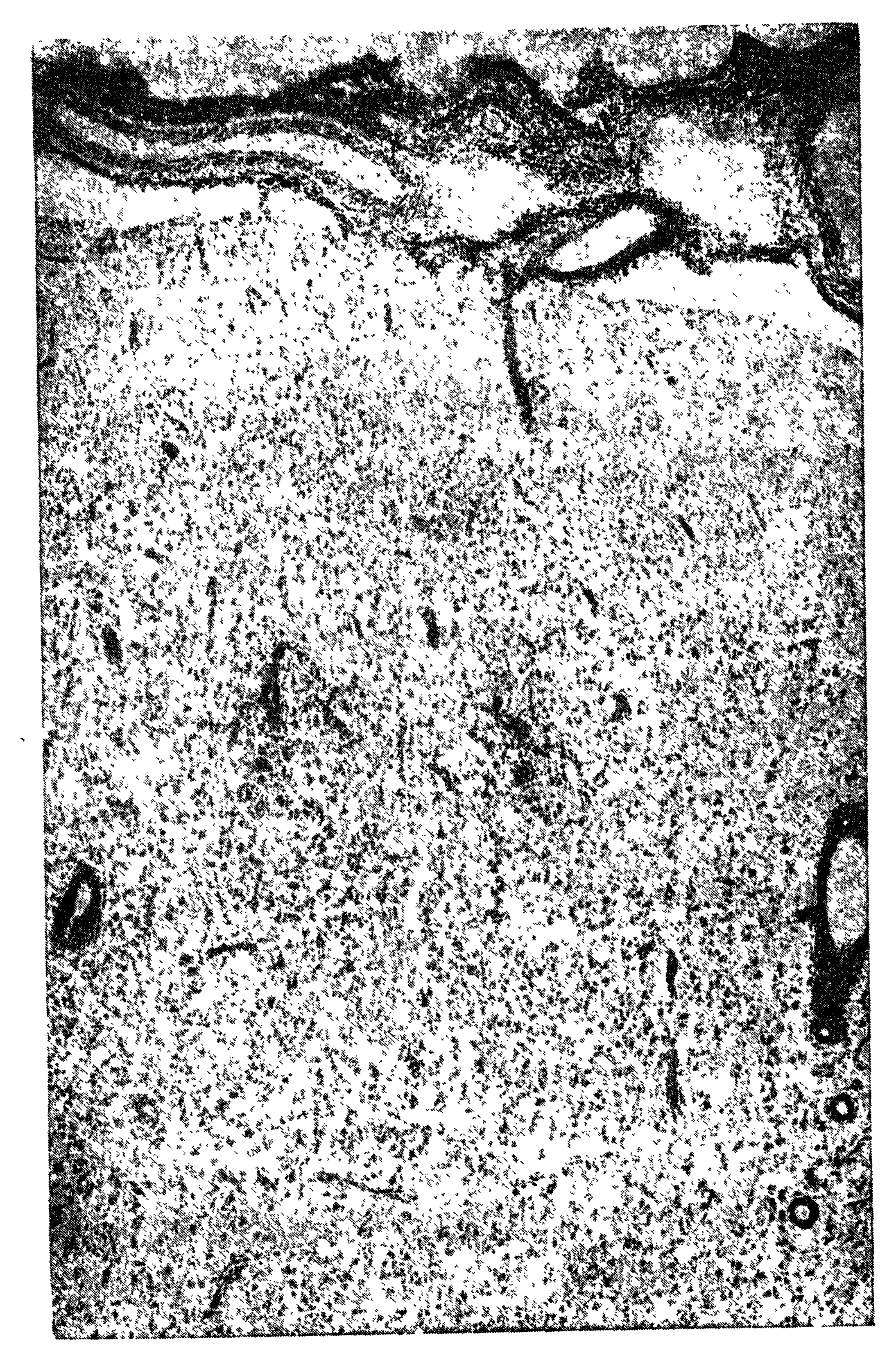


Рис. 6. Мозговая кора при прогр. параличѣ. Клѣточная окраска. Неправильное расположеніе слоевъ. Утолщеніе piae. Увеличеніе многихъ сосудовъ. Мелкоклѣточная инфильтрація piae и сосудистыхъ стѣнокъ.

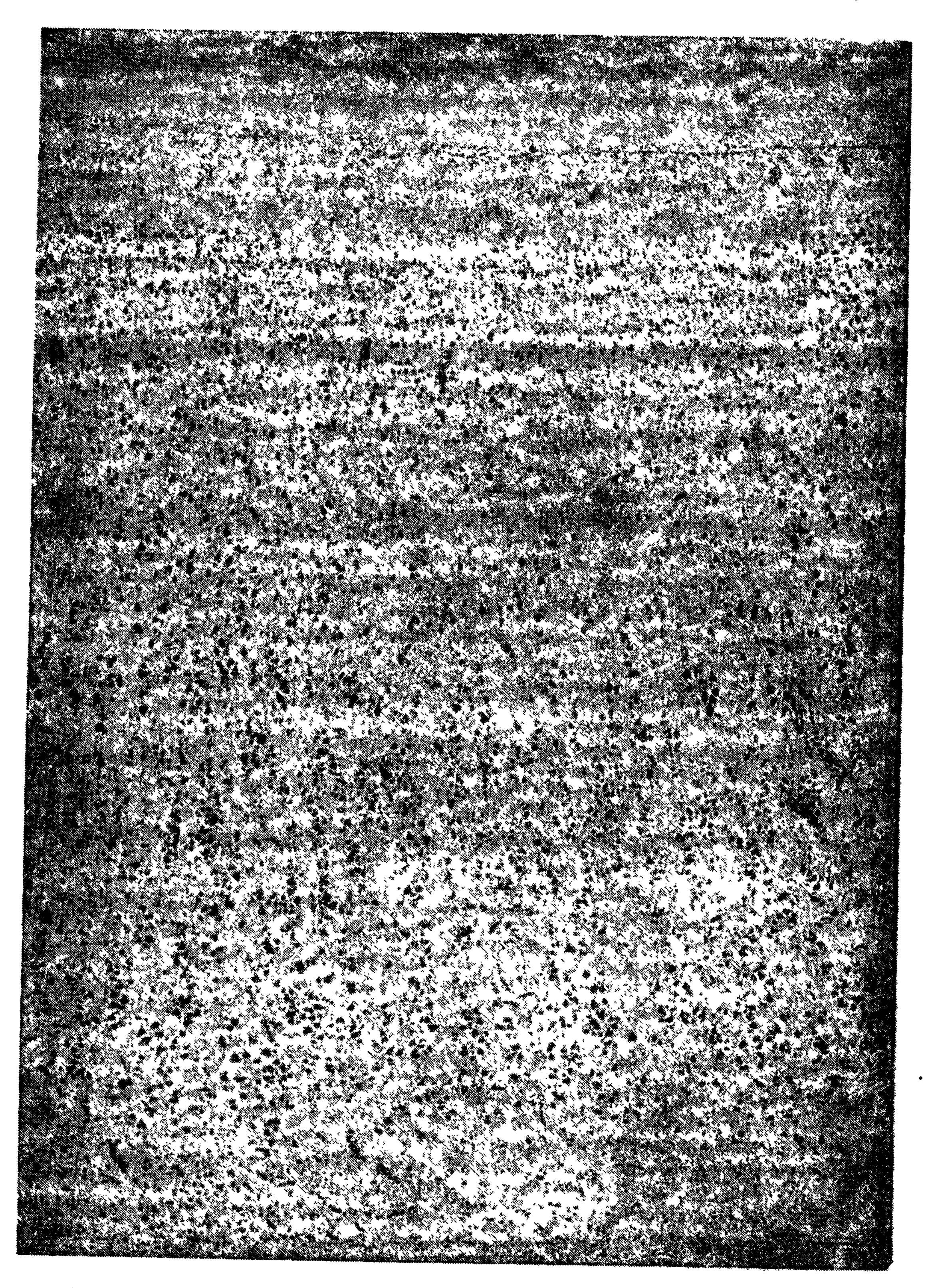


Рис. 7. Нормальная мозговая кора. Клѣточная окраска. (Для сравненія съ рис. 6).

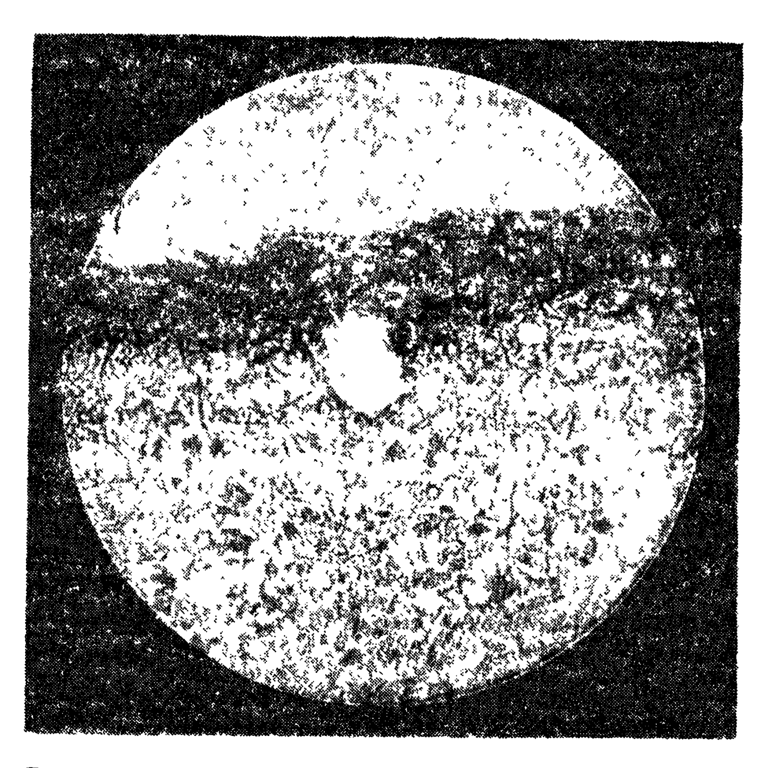


Рис. 8. Прогр. параличъ. Гліозъ края мозговой коры и въ окружности мелкаго сосуда.

такъ какъ нѣтъ острыхъ симптомовъ, которые могли бы улучшиться. Обычно ремиссій вовсе не бываетъ и распадъ душевный и физическій наступаетъ довольно быстро.

Эйфорическая форма болѣе всего похожа на маніакальную, однако при ней нѣтъ колебаній ни въ дурную, ни въ хорошую сторону, или же они незначительны, и никогда не доходятъ до форменнаго маніакальнаго приступа; образованіе бредовыхъ идей тоже не такъ обильно, хотя характеръ ихъ по существу такой же, какъ и при классическомъ параличѣ.

Картина болѣзни при ажитированной формѣ. Для иллюстраціи привожу одинъ случай.

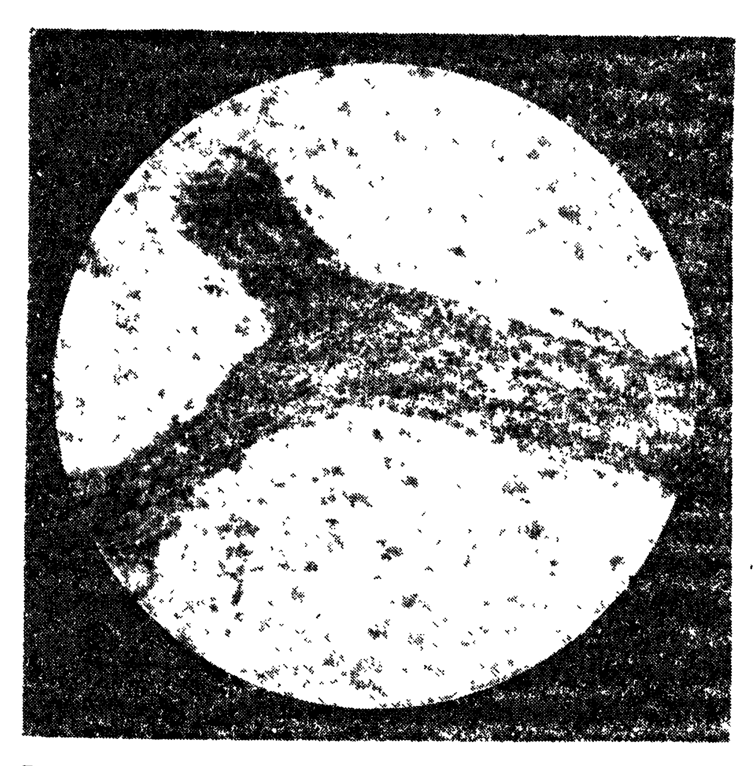


Рис. 9. Прогр. параличъ. Круглоклѣточная инфильтрація сосуда коры.

Солидный пекарь уже лѣтъ 12, какъ сталъ нѣсколько легкомысленъ, потерялъ свое приличное состояніе на несчастныхъ спекуляціяхъ и изобрѣтеніяхъ. Затѣмъ онъ вдругъ сталъ безпокойнымъ, сталъ бѣгать изъ дому, хотя каждый разъ находилъ какой нибудь поводъ къ этому, не хотѣлъ больше топить своей печи и т. п. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя внезапно наступаетъ галлюцинаторный приступъ; голоса приказываютъ больному раздѣться голымъ, съѣсть только три глотка, отрѣзать себѣ три пальца. Его привозятъ въ больницу, тамъ онъ дѣлаетъ все шиворотъ на выворотъ, льетъ супъ изъ тарелки въ тазъ и изъ таза въ тарелку, пока все не летитъ на полъ, стучитъ днемъ и ночью въ двери, рветъ все, прыгаетъ, жестоко колотитъ прислугу,

не узнаетъ окружающей обстановки; фиксировать его вниманіе не удается. Рѣчь совершенно спутана. Кромѣ того, у больного имѣются соматическіе симптомы прогр. паралича. Черезъ 8 дней больной истощается совершенно, его удается держать въ постели (сначала посредствомъ снотворныхъ), хотя онъ все еще суетливъ; затѣмъ движенія дѣлаются безсильными и безпорядочными, и еще черезъ 8 дней больной умираетъ отъ истощенія.

Анатомическія данныя. При прогр. параличѣ погибаютъ нервные элементы головного, а часто и спиннаго мозга; погибаютъ они различнымъ образомъ, и мы не можемъ ничего общаго указать въ этихъ разрушительныхъ процессахъ. Расположеніе ганглiозныхъ клѣтокъ по рядамъ и слоямъ нарушается. Клѣтки и волокна гліи разростаются, увеличиваются въ числѣ и утолщаются. Уже при поверхностномъ изслѣдованіи можно на основаніи степени увеличенія количества и особенно утолщенія этихъ элементовъ отличить это разростаніе гліи отъ того, которое бываетъ при сенильныхъ формахъ. Въ гліозныхъ клѣткахъ нерѣдки митозы. Оболочки мелкихъ сосудовъ коры и piae (и другихъ органовъ) инфильтрированы круглыми клѣтками, имѣющими большею частъю характеръ плазматическихъ Послѣднія считаются характерными для прогр. паралича, такъ какъ онѣ не наблюдаются ни при какой другой болѣзни, кромѣ сонной, которая у насъ не встрѣчается. Другія часто встрѣчающіяся измѣненія сосудовъ атероматознаго и другого дегенеративнаго характера нужно считать осложненіемъ. Часто можно ясно видѣть новообразованіе капилляровъ. Въ ткани часто находятъ описанныя Nissl'емъ палочковыя клѣтки: „продолговатыя, очень узкія, иногда искривленныя образованія, состоящія почти исключительно изъ одного свѣтлаго ядра съ нѣсколькими ядерными тѣльцами, клѣточное тѣло на обоихъ концахъ то больше, то меньше заходитъ за край ядра". Значеніе этихъ клѣтокъ еще не ясно. Въ послѣднее время Nogutchi и другіе доказали присутствіе спирохетъ въ центральной нервной системѣ.

Макроскопически отмѣчается уменьшеніе мозга, въ старыхъ случаяхъ вѣсъ доходитъ до 1000 gr., поверхность неровная вслѣдствіе процесса сморщиванія, извилины сужены, борозды расширены. Бѣлое вещество грязноватаго цвѣта и при разрѣзѣ стягивается, если только атрофія не замаскирована отекомъ мозга. Страннымъ образомъ, не всегда находятъ анатомическую подкладку для клиническихъ очаговыхъ симптомовъ. Однако, иногда мы имѣемъ дѣло съ Lissauer'овскимъ параличемъ, при которомъ острые приступы болѣзни съ бурными церебральными явленіями часто поражаютъ строго ограниченные участки, особенно въ заднемъ мозгу.

Состояніе piae не находится въ опредѣленномъ соотношеніи съ состояніемъ мозга. Большею частью однако находятъ слѣдующее: pia утолщена и мутна, срощена съ мозгомъ, такъ что при сниманіи ея отрываются также части верхнихъ слоевъ коры (декортикація); наблюдаются также срощенія отдѣльныхъ листковъ между собою, такъ что проникнуть въ срединную щель или въ Сильвіеву яму можно только при помощи ножа. Микроскопически находятъ увеличеніе ткани piae, инфильтрацію круглыми и особенно плазматическими клѣтками и тѣ же измѣненія мелкихъ сосудовъ, какъ и въ мозгу.

Нигдѣ такъ часто не встрѣчается pachymeningitis haemorrhagica, какъ при прогр. параличѣ, часто также dura сращена съ черепомъ. Нѣкоторые придаютъ значенiе и частому отсутствiю diploe.

Въ спинномъ мозгу естественно наблюдаются вторичныя перерожденiя, разъ имѣются пораженiя мозга, но кромѣ того въ немъ часто встрѣчаются первично тѣже измѣненiя, что и въ головномъ мозгу.

Въ периферической нервной системѣ иногда наблюдаются хроническiя перерожденiя. Аорта большею частью сифилитически измѣнена. И другiе органы, особенно печень, не остаются нормальными, однако точныхъ данныхъ еще не имѣется. Отмѣтить нужно, что обычныя проявленiя сифилиса и ихъ послѣдствiя (за исключенiемъ сосудистыхъ явленiй) у паралитиковъ встрѣчаются рѣдко.



Рис. 10. Прогр. параличъ. Плазматическiя клѣтки на стѣнкѣ капилляра.

Причины. Та болѣзнь, которую теперь выдѣляютъ подъ именемъ прогр. паралича изъ общей группы органическихъ психозовъ, представляетъ собою подобно tabes метасифилитическое заболѣванiе. Статистическiя данныя, касающiяся офицеровъ, показали, что приблизительно 4 процента сифилитиковъ заболѣваютъ прогр. параличемъ. Легкiя и тяжелыя формы сифилиса, лѣченныя поверхностно и основательно одинаково могутъ дать впослѣдствiи прогр. параличъ; однако не безъ основанiя говорятъ объ особомъ „нервномъ сифилисѣ", который легко протекаетъ, предрасполагаетъ къ tabes и прогр. параличу, и передается какъ таковой со своими особенностями. Однако супружескiе прогр. параличи не настолько часты, чтобы можно было исключить случайность; предположенiе объ особомъ видѣ сифилиса скорѣе находитъ себѣ подтвержденiе въ тѣхъ случаяхъ паралича, гдѣ былъ общiй источникъ заболѣванiя. Въ виду того, что у паралитиковъ никогда не наблюдаются третичные симптомы и, по анамнезу судя, у нихъ и вторичные симптомы не рѣзко бываютъ выражены, можно предположить, что легкiя формы сифилиса особенно предрасполагаютъ къ параличу. Можетъ быть даже, паралитическiя и метасифилитическiя явленiя взаимно исключаютъ другъ друга. Во всякомъ случаѣ, нужно отмѣтить фактъ, что когда паралитикъ заражаетъ свою жену, у нея инфекцiя протекаетъ скрытно. Въ чемъ состоитъ личное предрасположенiе къ прогр. параличу, мы не знаемъ. Одинаково неправы и тѣ, кто утверждаетъ, что параличемъ заболѣваютъ люди со здоровымъ мозгомъ, и тѣ, которые думаютъ, что для этого необходима психопатическая наслѣдственность. Однако въ анамнезѣ многихъ паралитиковъ есть указанiя на разсѣянный образъ жизни, и Savage указалъ, что они большею частью предпочитаютъ пышныхъ чувственныхъ женщинъ. Тамъ, гдѣ, какъ у насъ (въ Швей-

царіи. Примѣч. переводчика) женщины этого типа рѣдки, вышеуказанное явленіе легче подтверждается. Reichardt утверждаетъ, что ему удалось доказать малую вмѣстимость черепа у паралитиковъ.

Недоказано, что умственное напряженіе является важнымъ факторомъ. Зато очень вѣроятно, что алкоголь составляетъ предрасполагающій моментъ; такъ въ Амернкѣ трезвенники, не пьющіе съ дѣтства, никогда или очень рѣдко заболѣваютъ прогр. параличемъ. Среди туземцевъ Балканъ эта болѣзнь рѣдка; она почти совсѣмъ не встрѣчается у африканскихъ арабовъ, у абиссинцевъ и австралійскихъ негровъ, у японцевъ она стала чаще какъ будто въ теченіе послѣднихъ десятилѣтій, у негровъ Сѣв. Америки она раньше была рѣдка, теперь стала чаще. Въ сельскихъ мѣстностяхъ она рѣже встрѣчается, чѣмъ въ городахъ. Рѣшающую роль очевидно играетъ не раса, какъ таковая, а образъ жизни, или какое нибудь другое привходящее обстоятельство, напр. другая инфекція.

Въ качествѣ причинъ вызывающихъ болѣзнь или помогающихъ ея развитію указываютъ на умственное напряженіе, жару, травмы и другія явленія, однако ни одно изъ этихъ утвержденій не доказано. Многообразныя страданія, связанныя съ войной, до сихъ поръ, т. е. до лѣта 1917 не дали сколько нибудь замѣтнаго прироста заболѣваемости прогр. параличемъ. Тѣмъ не менѣе эксперты при прогр. параличѣ часто признаютъ, что заболѣваніе связано съ прохожденіемъ службы или въ смыслѣ непосредственно вызывающаго момента, или въ смыслѣ ухудшенія теченія на почвѣ перенапряженія, травмъ головы, инфекціонныхъ болѣзней и т. д.

Научныхъ доказательствъ подобной причинной связи пока не существуетъ.[1])

Чаще всего прогр. параличъ обнаруживается спустя 8—20 лѣтъ послѣ зараженія сифилисомъ; однако есть и болѣе поздніе и ранніе (до двухъ лѣтъ) случаи. Болѣзнь поражаетъ такимъ образомъ лучшіе годы, когда человѣкъ энергично работаетъ, уже обзавелся семьей (maximum заболѣваній между 35 и 45 годами); благодаря этому болѣзнь получаетъ особенно большое соціальное значеніе. Правда, бываютъ прогр. параличъ и у дѣтей, на почвѣ наслѣдственнаго сифилиса; онъ протекаетъ большей частью по типу простыхъ дементныхъ формъ. Въ противоположность другимъ явленіямъ врожденнаго сифилиса, прогр. параличъ у дѣтей обнаруживается только послѣ 6 мѣсяцевъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ даже къ 20 годамъ.

Мужчины естественно чаще заболѣваютъ, нежели женщины, однако послѣднее время заболѣваемость женщинъ быстро нарастаетъ, особенно въ большихъ городахъ, гдѣ соотношеніе равняется 1:2, въ то время какъ средняя цыфра равна 1:4 (приблизительно). Сравнительно большее количество заболѣваній мужчинъ приходится на высшія сословія, у женщинъ наоборотъ на низшія. При прогр. параличѣ у дѣтей разницы въ заболѣваемости обоихъ половъ не наблюдается.

---

[1]) См. особенно Bonhoeffer. Психопатологическія заболѣванія, связанныя со службой. Военно-врачебная экспертиза на поприщѣ пенсіоннаго дѣла. Лекціи... подъ редакціей Adam. Jena. Fischer, 1917 Стр. 86.

Патологія. Какого рода связь существуетъ между сифилисомъ и прогр. параличемъ, мы еще не знаемъ. Подобно tabes, прогр. параличъ отличается отъ другихъ проявленій сифилиса тѣмъ, что не поддается антисифилитическому лѣченію. Однако нахожденіе спирохетъ въ мозговой ткани и инфильтрація сосудистыхъ облочекъ плазматическими клѣтками сильно говорятъ за то, что мы имѣемъ дѣло съ непосредственнымъ проявленіемъ сифилиса въ мозгу. Но что именно нужно, чтобы сдѣлать сифилитика паралитикомъ, мы не знаемъ: особый ли видъ спирохетъ, врожденное ли предрасположеніе больного или болѣе поздніе привходящіе моменты. Расовыя предрасположенія допускаютъ разныя толкованія, вліяніе алкоголя указываетъ на роль экзогенныхъ моментовъ, съ другой стороны паралитики больше обременены психопатической наслѣдственностью, нежели здоровые (хотя меньше, чѣмъ душевнобольные) и сами по себѣ еще въ здоровомъ состояніи часто обнаруживаютъ психопатическія черты, что въ свою очередь выдвигаетъ роль эндогенныхъ моментовъ. Интересно отмѣтить, что паралитики, происходящіе изъ маніакально депрессивныхъ семей, особенно наклонны къ аффективнымъ формамъ, а у тѣхъ больныхъ, у которыхъ имѣются родственники шизофреники, картина болѣзни часто получаетъ шизофреническую окраску. Kraepelin предполагаетъ, въ качествѣ причины заболѣванія, случайныя локализаціи сифилитическаго процесса въ опредѣленныхъ мѣстахъ, подобно тому, какъ сифилисъ щитовидной железы даетъ миксэдему. Кромѣ того, онъ обратилъ вниманіе, что при прогр. параличѣ мы имѣемъ дѣло съ общимъ отравленіемъ организма, которое сильнѣе всего сказывается на нервной системѣ. За исключеніемъ алкоголя намъ неизвѣстны другіе такіе моменты, которые были бы необходимы для возникновенія болѣзни или благопріятствовали бы ея развитію.

Чтобы распознать болѣзнь въ періодѣ предвѣстниковъ, нужно тщательно искать ранніе симптомы; укажемъ еще на мигрень съ мерцающими скотомами или безъ нихъ; особенно подозрительно, когда въ критическомъ возрастѣ мигрень появляется внезапно (если при этомъ нѣтъ указаній, что она унаслѣдована). Къ этой же категоріи симптомовъ относятся и всѣ ранніе табическіе признаки, кризы и боли неяснаго происхожденія, ложно принимаемыя за ревматическія.

Наличность органической болѣзни доказывается состояніемъ аффективной сферы и ассоціаціями; слабоуміе—отсутствіемъ критики и качествомъ бредовыхъ идей, спеціальный діагнозъ прогр. паралича основывается на соматическихъ признакахъ.

Діагностическое значеніе отдѣльныхъ психическихъ симптомовъ понятно само собою послѣ всего вышесказаннаго. Еще разъ нужно отмѣтить только наблюдающіеся въ продромальномъ стадіи проступки противъ нравственности у людей до того вполнѣ порядочныхъ.

Соматическіе симптомы могутъ играть рѣшающую роль даже сами по себѣ, когда существованіе душевнаго разстройства еще не доказано. Характерное зрачковое разстройство свойственно не только прогр. параличу, но также tabes и другимъ сифилитическимъ психозамъ.

Неравномѣрность зрачковъ (постоянная) встрѣчается у нормальныхъ людей, затѣмъ у кататониковъ (непостоянная); у паралитиковъ она колеблется, но не надолго, самое большее на нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ.

Неподвижные, вяло реагирующіе зрачки попадаются часто при алкогольныхъ психозахъ органическаго характера, рѣдко при истеріи (контрактуры сфинктера), затѣмъ при эпилепсіи во время припадка и т. п. Паралитическое разстройство рѣчи нужно разъ слышать, тогда его не спутаешь ни съ чѣмъ другимъ. Лепетаніе имбециликовъ представляетъ собою нѣчто другое: отдѣльные звуки могутъ быть неточны, однако они не переставлены и не смазаны, наоборотъ связаны между собой меньше, чѣмъ при плавной рѣчи. Дизартрическія разстройства при другихъ органическихъ заболѣваніяхъ недостаточно описаны, однако отличить ихъ отъ паралитическихъ легко. Точно также можно узнать и рѣчь эпилептика, нерѣшительную (гезитирующую) и пѣвучую, когда она ясно выражена. Однако, нерѣзко выраженное паралитическое разстройство рѣчи и столь же нерѣзкое эпилептическое имѣютъ извѣстное взаимное сходство.

Разстройство рѣчи не всегда обнаруживается, иногда его нужно искать. Полезно имѣть на готовѣ нѣсколько примѣрныхъ словъ, (Testworte) подобранныхъ такъ, чтобы они могли служить испытаніемъ на координацію, напр. „третья кавалерійская артиллерійская бригада", затѣмъ „liebe Lilli Lehmann" и „Flanellapen", такъ какъ тутъ больной обнаруживаетъ застряваніе буквы l (въ Россіи для этой цѣли заставляютъ больного говорить „колпакъ подъ колпакомъ". Примѣч. переводчика). Употребляемыя обычно длинныя смѣшныя слова (вродѣ „константинопольскій турокъ") не особенно подходятъ для этой цѣли, они болѣе подходятъ для испытанія психическихъ особенностей (вниманіе, вѣрность воспроизведенія), нежели для координаціи.

Вообще нужно учиться отличать психическіе дефекты отъ разстройствъ рѣчи. Если больной вмѣсто „третья кавалерійская артиллерійская бригада" скажетъ (безъ разстройства координаціи) „третья артиллерійская бригада", можно смѣло сказать, что это больной, хотя и органическій, но вѣроятнѣе всего не паралитикъ. Нужно еще имѣть въ виду, что когда больной очень старается, онъ можетъ удачно повторить и трудное слово, зато при обыкновенномъ простомъ разговорѣ можетъ провалиться на легкихъ словахъ; затѣмъ, когда нѣсколько врачей подъ рядъ изслѣдуютъ больного, онъ спеціально научается хорошо воспроизводить пробныя слова (Testworte). Съ другой стороны и непаралитики отъ волненія и мнительности могутъ не выдержать экзамена по этимъ рѣчевымъ фокусамъ. Чтобы обойти всѣ эти затрудненія, лучше дать больному что нибудь прочитать вслухъ, еще лучше сдѣлать это подъ невиннымъ предлогомъ изслѣдованія зрѣнія.

Изслѣдованіе почерка не всегда даетъ цѣнные результаты, такъ какъ аналогичныя измѣненія наблюдаются и при другихъ болѣзняхъ, кромѣ того иногда бываетъ трудно отличить вліяніе сильнаго дрожанія отъ координаторныхъ разстройствъ. Во всякомъ случаѣ, безъ изслѣдованія почерка нельзя обойтись. Для опредѣленія начала заболѣванія, послѣ того какъ діагнозъ установленъ, самымъ вѣрнымъ

средствомъ служитъ изслѣдованіе прежнихъ рукописей больного. Кромѣ того, разстройство почерка, при наличіи психоза, во всякомъ случаѣ указываетъ на органическую натуру страданія, что въ большинствѣ случаевъ косвенно подтверждаетъ діагнозъ прогр. паралича. Неврастеники и вообще люди въ взволнованномъ состояніи тоже иногда дѣлаютъ непонятныя ошибки и количественныя и качественныя, но они ихъ легко замѣчаютъ, между тѣмъ какъ паралитикъ ихъ не легко находитъ, не корригируетъ ихъ, или же корригируетъ опять таки съ ошибками.

Парезы тоже имѣютъ діагностическое значеніе, если только они навѣрное пріобрѣтенные, что напр. при асимметріи лица не всегда легко установить.

Паралитическіе припадки часто принимаютъ за апоплектическіе, однако при послѣднихъ судороги рѣдко продолжаются такъ долго. Тяжелые съ виду припадки съ параличами, отъ которыхъ больные быстро оправляются, указываютъ на прогр. параличъ.

Въ настоящее время діагнозъ сильно упрощается изслѣдованіемъ спинномозговой жидкости. Если въ ней обнаруживается гиперлейкоцитозъ, Nonne и Wassermann, то при наличіи психоза діагнозъ прогр. паралича можно считать твердо установленнымъ. Правда и tabes даетъ тѣ же явленія; но наличіе tabes. дѣлаетъ прогр. параличъ еще болѣе вѣроятнымъ, такъ какъ табическіе психозы въ тѣсномъ значеніи этого слова представляютъ большую рѣдкость и слѣдовательно душевная болѣзнь, осложненная tabes'омъ, скорѣе всего и есть прогр. параличъ.

Въ видѣ исключенія, реакція Вассермана можетъ и при несомнѣнномъ прогр. параличѣ иногда быть отрицательной на короткое или даже болѣе продолжительное время; большею частью это бываетъ въ стадіи затишья или при медленно протекающихъ формахъ.

Дифференціальная діагностика маніакальнаго прогр. паралича и маніакальнаго приступа маніакально-депрессивнаго помѣшательства основываетэя на наличіи соматическихъ симптомовъ, на несоотвѣтствіи между степенью возбужденія и колоссальнымъ безсмысліемъ, а главное на абсурдности бредовыхъ идей. Маніакальный больной скорѣе какъ бы балуется, называя людей не ихъ именами; паралитикъ же вѣритъ въ свои фикціи. Первый приступъ болѣзни въ зрѣломъ возрастѣ требуетъ большойосторожности при оцѣнкѣ, даже когда нѣтъ паралитическихъ симптомовъ; сегодня ихъ нѣтъ, завтра они будутъ. Во всякомъ случаѣ бредовыя идеи почти всегда имѣются на лицо при маніакальной формѣ прогр. паралича.

Тѣми же принципами нужно руководиться при дифференціальной діагностикѣ меланхолическихъ приступовъ.

Отличіе отъ шизофреніи не всегда легко дается, особенно если мы имѣемъ передъ собою только неопредѣленное состояніе возбужденія съ безсмысленной смѣной идей, состояніе, напоминающее спутанность, но безъ какой либо специфической окраски. Наблюдающіеся при этомъ кататоническіе признаки (ихъ трудно бываетъ точно анализировать при такомъ состояніи больного) сами по себѣ еще не доказываютъ наличности кататоніи, болѣе доказательны заторможен-

ность аффекта и отсутствіе умственной и аффективной связи съ внѣшнимъ міромъ. Анамнезъ можетъ часто еще больше запутать дѣло, такъ какъ многіе паралитики и въ здоровомъ состояніи являются психопатами. Въ этихъ случаяхъ рѣшающую роль сыграетъ, удастся ли доказать (или категорически опровергнуть), что у больного съ опредѣленнаго момента замѣчено паралитическое измѣненіе характера.

Для отличія отъ эпилепсіи нужно только имѣть въ виду характерныя особенности обѣихъ болѣзней; однако, когда эпилептическіе припадки впервые появляются въ среднемъ возрастѣ, они не носятъ опредѣленнаго характера ни въ ту, ни въ другую сторону; въ такихъ случаяхъ діагнозъ нѣкоторое время остается невыясненнымъ.

Въ виду склонности паралитиковъ къ эксцессамъ, очень трудно бываетъ иногда отличить прогр. параличъ отъ алкогольныхъ формъ. Корсаковская болѣзнь, будучи органическимъ психозомъ, имѣетъ цѣлый рядъ психическихъ симптомовъ общихъ съ прогр. параличемъ, однако изъ затрудненія выводятъ невритъ, отсутствіе специфическихъ паралитическихъ симптомовъ (иногда все таки наблюдаются зрачковые симптомы), а временами и начало болѣзни. Нужно еще отмѣтить, что невритъ не всегда имѣется на лицо. Съ алкогольнымъ псевдопараличемъ дѣло обстоитъ еще труднѣе въ смыслѣ діагноза. Однако, я при Корсаковской болѣзни никогда не видѣлъ опредѣленнаго бреда величія, хотя утверждаютъ, что онъ наблюдался въ отдѣльныхъ случаяхъ. Если несмотря на воздержаніе отъ алкоголя процессъ усиливается вмѣсто того, чтобы постепенно итти на улучшеніе, вопросъ рѣшается въ пользу прогр. паралича. Изслѣдованіе спинномозговой жидкости гораздо быстрѣе рѣшаетъ вопросъ.

Не такъ ужъ рѣдко бываетъ, что настоящій паралитикъ заболѣваетъ delirium tremens, и это именно его приводитъ впервые въ больницу. Горячка проходитъ, а прогр. параличъ продолжаетъ ухудшаться.

О паранояльныхъ формахъ прогр. паралича можно упомянуть вскользь, такъ какъ онѣ очень рѣдки. Если симптомы выражены не рѣзко, приходится прибѣгнуть къ поясничному проколу, чтобы отличить эту форму отъ паранои или параноида.

Отличіе отъ опухолей мозга дается вообще легко по понятнымъ причинамъ; однако нужно отмѣтить, что попадаются медленно растущія, инфильтрирующія гліомы, которыя клинически даютъ картину простой формы прогр. паралича съ едва намѣченными мѣстными симптомами. Безъ поясничнаго прокола діагнозъ можетъ до самой смерти больного остаться невыясненнымъ, а между тѣмъ какъ разъ при подзрѣніи на опухоль мозга опасно производить пункцію.

Отъ остальныхъ органическихъ психозовъ прогр. параличъ отличается наличіемъ соматическихъ симптомовъ (включая сюда и составъ спинномозговой жидкости); однако, даже когда ихъ нѣтъ, можно безъ большого риска поставить діагнозъ прогр. паралича на основаніи одного только паралитическаго бреда величія.

Важной задачей является установленіе точной границы между прогр. параличемъ и неврастеніей. Жалобы довольно долго бываютъ схожи. Такъ, напр., неврастеникъ можетъ жаловаться на ослаб-

леніе памяти, однако при изслѣдованіи это не подтверждается или въ лучшемъ случаѣ находятъ аффективныя затрудненія воспоминанія; другой больной боится, что онъ заболѣлъ „размягченіемъ мозга" и жалуется на разстройство рѣчи; при изслѣдованіи оказывается, что, или разстройства никакого нѣтъ, или же оно зависитъ отъ степени мнительности, а не отъ трудности произносимыхъ словъ. Особенно важно отношеніе больного къ своимъ симптомамъ. Неврастеникъ все описываетъ оъ мрачныхъ краскахъ, любитъ, чтобы его утѣшали, однако успокаивается не скоро. Паралитикъ не принимаетъ своей болѣзни близко къ сердцу, у него на все есть объясненіе: то онъ усталъ, то прозябъ, то его изслѣдованіе взволновало. Если же онъ даже настроенъ, тоскливо и мнительно (въ депрессивныхъ случаяхъ), то онъ непослѣдователенъ, относится небрежно къ лѣченію, не исполняетъ предписаній врача; неврастеникъ этого никогда не сдѣлаетъ, развѣ только, когда онъ колеблется въ выборѣ между разными „системами" лѣченія. Вообще, неврастеникъ постоянно слѣдитъ за собой и каждому симптому придаетъ преувеличенное значеніе, въ то время какъ паралитикъ большею частью остается равнодушнымъ и совсѣмъ не умѣетъ слѣдить за своей болѣзнью. Ту же разницу надо имѣть въ виду и по отношенію къ депрессивнымъ состояніямъ съ ненарушеннымъ интеллектомъ (напр. у маніакально-депрессивныхъ больныхъ).

Л ѣ ч е н і е. Профилактика заключается въ борьбѣ съ распространеніемъ сифилиса и алкоголизма; пьянство важно потому, что съ одной стороны оно способствуетъ зараженію сифилисомъ, съ другой стороны оно является содѣйствующимъ (или необходимымъ?) моментомъ въ процессѣ превращенія сифилиса въ прогр. параличъ. Недоказано, чтобы энергичное лѣченіе сифилиса уменьшало шансы на прогр. параличъ. — Грубой ошибкой, къ сожалѣнію нерѣдкой, надо считать, когда врачъ предсказываетъ tabes или прогр. параличъ больнымъ съ отсутствіемъ зрачковой реакціи или исчезающими колѣнными рефлексами. Чтобы снять съ себя отвѣтственность, можно указать роднымъ больного, что в о з м о ж н о въ будущемъ появленіе такой болѣзни; больного же (а по возможности и его жену) нужно щадить, такъ какъ этого испытанія онъ можетъ не выдержать.

Лѣченіе ясно выраженнаго прогр. паралича не имѣетъ шансовъ на успѣхъ. Антисифилитическое лѣченіе (и сальварсанъ въ томъ числѣ) не даютъ никакого эффекта. Утверждаютъ, что можно добиться временнаго улучшенія путемъ впрыскиванія нуклеиновокислаго натра, туберкулина и тому подобныхъ средствъ, вызывающихъ мобилизацію бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и защитныхъ тѣлъ. До сихъ поръ еще надѣются такимъ путемъ добиться окончательной остановки въ развитіи болѣзни, будущее покажетъ, насколько эти надежды основательны.

Чрезвычайно важно поставить діагнозъ рано. Благодаря этому, съ одной стороны можно избѣгнуть раззорительныхъ и безполезныхъ лѣченій, съ другой стороны можно спасти имѣющееся имущество. Обычно, когда больной попадаетъ въ больницу, онъ успѣваетъ уже до этого растратить большую часть своего состоянія изъ за бреда величія или слабоумія. Домашній врачъ долженъ во время обратить на это вниманіе и предпринять необходимые шаги. Особенно опасны

глубокія ремиссіи, когда и судья и родные склонны считать больного выздоровѣвшимъ, а между тѣмъ слабоуміе, эйфорія и новыя ухудшенія накладываютъ свою печать на дѣйствія больного.

Состоянія возбужденія и безпомощности лѣчатся, конечно, по общимъ правиламъ. При тоскѣ иногда помогаютъ опіаты. Обязательно слѣдить тщательно за пузыремъ, а то можно проглядѣть такъ называемое парадоксальное недержаніе, и дѣло можетъ дойти до тяжелаго паралича пузыря и даже разрыва. При благопріятныхъ условіяхъ можно нѣкоторыхъ больныхъ лѣчить въ домашней обстановкѣ при условіи, что они подчиняются указаніямъ врача, и не подвергаютъ опасности ни своего имущества ни своей чести (половыми эксцессами или преступленіями).

При паралитическихъ припадкахъ лучше всего держаться консервативно; нужно слѣдить, чтобы больной не ударялся, не терся, а главное держать больного въ чистотѣ. Къ искусственному питанію можно прибѣгнуть только въ крайней нуждѣ; больной не такъ быстро умираетъ отъ истощенія, а между тѣмъ кормленіе этихъ безпомощныхъ больныхъ связано съ большой опасностью для нихъ: при выниманіи зонда или когда больной давится имъ, частицы питательной жидкости втягиваются въ легкія. Питательныя клизмы часто не удерживаются. Въ крайнемъ случаѣ, можно влить подъ кожу соляной растворъ и этимъ обезпечить хотя бы подвозъ жидкости. Если родные требуютъ, „чтобы было что-нибудь сдѣлано", можно посовѣтовать ледъ на голову; иногда судороги облегчаются отъ амиленъгидрата, паральдегида или хлоральамида. Первыя два лѣкарства можно дать въ видѣ клизмы, въ vehiculum защищающемъ кишечникъ (Chloralamid 4,0-6,0, Amyli 4,0 Aq. destill. 150,0 или Amylenhydrat 4,0-6,0 Aq. dest. 60,0 Mucil. gummiarab. 30,0 на одну клизму). При коллапсѣ даютъ сердечныя.

Я лично однако не вынесъ впечатлѣнія, что припадокъ протекаетъ хуже, если оставить больного въ покоѣ и не мучить его ничѣмъ.

VII. Сенильное и пресенильное помѣшательство. (Старческіе психозы).

Подъ именемъ старческихъ психозовъ Kraepelin понимаетъ предстарческія и старческія душевныя разстройства вмѣстѣ взятыя; изъ числа послѣднихъ онъ артеріосклеротическое помѣшательство отдѣляетъ отъ старческаго слабоумія, къ которому онъ относитъ и пресбіофренію.

Предстарческія формы въ смыслѣ симптоматологіи и систематики еще очень неясны. Собственно говоря, еще даже не доказано опредѣленно, что онѣ существуютъ, хотя вѣроятно это такъ. Во всякомъ случаѣ, въ періодѣ инволюціи опредѣленныя формы наблюдаются предпочтительно, напр. количество депрессій и тоскливыхъ состояній съ этого періода очень повышается, возможно, что опредѣленные психозы появляются только въ эту эпоху. Картины болѣзни, которыя здѣсь разсматриваются какъ предстарческія, съ трудомъ поддаются отграниченію отъ старческихъ формъ съ одной стороны потому, что нѣкоторымъ изъ нихъ присущъ также органи-

ческій характеръ, съ другой стороны потому, что при продолжительномъ теченіи естественно къ предстарческому измѣненію мозга очень легко присоединяется и старческое; при этомъ благодаря постепенности развитія органическихъ симптомовъ присоединеніе новыхъ явленій можетъ въ теченіе долгаго времени оставаться незамѣченнымъ.

Понятіе „инволюціи", которое смѣшивается съ предстарческимъ періодомъ, нѣкоторые понимаютъ въ смыслѣ обратнаго развитія, кончающагося смертью, другіе въ смыслѣ перехода къ новому возрастному этапу, подобно климактерическому. Терминъ „инволюціонные психозы" основывается на второмъ пониманіи, устанавливая отличіе отъ старческихъ психозовъ.

Въ числѣ Kraepelin'овскихъ предстарческихъ психозовъ имѣются такіе, которые представляютъ выраженіе быстро протекающаго перерожденія мозга, имѣютъ, слѣдовательно, органическій характеръ; иные изъ этихъ психозовъ излѣчимы, напр. предстарческія депрессіи, другіе напр. предстарческій бредъ умаленія считались функціональными, но все же должны имѣть въ основѣ перерожденіе мозга,[1]) хотя не столь явное.

Тѣ собственно старческіе психозы, которые мы знаемъ, имѣютъ, такимъ образомъ, опредѣленную тенденцію прогрессировать, или выражаясь анатомически, въ нихъ замѣчается тенденція къ постепенному разрушенію мозга. Конечно, не исключена еще возможность, что среди психозовъ, относящихся къ старости, имѣются излѣчимые. Однако, я не склоненъ причислять сюда „старческія меланхоліи" съ легкой примѣсью органическихъ чертъ или органическую спутанность и бредъ; если присмотрѣться ближе, можно всегда констатировать, что и послѣ исчезновенія рѣзкихъ симптомовъ у больного остаются изъяны въ смыслѣ dementia senilis. Я считаю поэтому эти бурные эпизоды случайными выраженіями мозгового перерожденія, подобно тому, что наблюдается при опредѣленно выраженномъ старческомъ слабоуміи и аналогично острымъ приступамъ прогр. паралича и шизофреніи; теоретически я ставлю на первый планъ основную болѣзнь, хотя попадаются правда случаи, гдѣ возстановленіе равновѣсія практически равняется выздоровленію. Kraepelin, наоборотъ, обычно ставитъ на первый планъ практическій результатъ и нѣкоторыя старческія меланхоліи съ нигилистическими бредовыми идеями и другими органическими проявленіями считаетъ излѣчимыми, если психика въ остальномъ не претерпѣваетъ существенныхъ поврежденій.

Затѣмъ, конечно, къ числу старческихъ психозовъ не относятся другіе психозы, напр. маніакально-депрессивные приступы наблюдающіеся и въ этомъ возрастѣ; въ этихъ случаяхъ не возрастъ является предрасполагающимъ моментомъ, а врожденная конституція.

Старческіе психозы даютъ три различныхъ класса анатомическихъ явленій: артеріосклерозъ съ его дѣйствіемъ на нервную систему (артеріосклеротическій психозъ), простую атрофію

[1]) Въ виду того, что большинство психозовъ, описываемыхъ какъ предстарческіе, не относятся къ числу органическихъ, ихъ слѣдовало бы собственно выдѣлить въ отдѣльную главу. Однако мнѣ не хотѣлось бы разрушать Kraepelin'овскую схему.

мозга (dementia senilis въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова) и сферотрихію (друзовое перерожденіе) съ пораженіемъ нервныхъ фибрилей или безъ него (Presbyophrenia). Рано или поздно, къ первому и послѣднему процессу присоединяется регулярно и нарушеніе питанія всего мозга, кромѣ того всѣ три процесса могутъ съ самагоначала соединяться въ любыхъ комбинаціяхъ. Рѣдко мы видимъ in praxi чистыя формы.

Охотнѣе всего, поэтому, я бы въ руководствѣ описалъ всѣ три формы какъ одну болѣзнь, для практическихъ потребностей я и сейчасъ бы рекомендовалъ такъ поступить. Существеннымъ съ психіатрической точки зрѣнія надо признать повсюду диффузное уменьшеніе мозгового вещества, а симптоматологически комплексъ „органически-психическихъ“ симптомовъ. Послѣдніе въ отдѣльности выражены при простыхъ старческихъ формахъ. При артеріосклеротическомъ психозѣ къ этому присоединяются неврологически-мозговыя явленія, а психическіе дефекты долго сохраняютъ лакунарный характеръ. Въ пресбіофреническихъ формахъ картина осложняется возбужденіемъ и нѣкоторыми другими симптомами.

Однако, труды Мюнхенской школы и Binswanger'a, взявшіе за исходный пунктъ анатомію, познакомили насъ съ существованіемъ столь ясныхъ клиническихъ и анатомическихъ различій, что невозможно не расчленить отдѣльныя картины болѣзни. Все же Krapelin, которому мы слѣдуемъ, описываетъ пресбіофренію какъ подвидъ dementia senilis.

Можно различать слѣдовательно: артеріосклеротическій психозъ, dementia senilis въ новомъ болѣе тѣсномъ смыслѣ и въ качествѣ подвида послѣдней пресбіофренію.

Артеріосклеротическій психозъ и старческое слабоуміе имѣютъ въ предѣлахъ органической группы одинаковыя дифференціально-діагностическія особенности, отъ прогр. паралича они отличаются главнымъ образомъ отсутствіемъ паралитическихъ признаковъ (рѣчь, зрачки, liquor, Вассермановская реакція въ крови). Отличіемъ отъ алкогольной Корсаковской болѣзни является отсутствіе признаковъ алкоголизма и неврита (послѣднее до извѣстной степени). Остальныя органическія болѣзни (опухоль мозга, множественный склерозъ и т п.) имѣютъ свои особенные неврологическіе признаки, не присущіе вышеупомянутымъ психозамъ.

Алкогольная Корсаковская болѣзнь въ началѣ обычно имѣетъ эйфорическій характеръ, а не маніакальный, какъ при классическомъ прогр. параличѣ. Болѣе тяжелыя измѣненія настроенія у сенильныхъ больныхъ въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ носятъ депрессивный характеръ.

Органическія депрессіи особенно старческія, часто по внѣшности очень похожи на позднія кататоніи, больные недоступны (похоже на негативизмъ), наклонны къ мутизму, капризны и своеобразны (похоже на стереотипіи). Специфическіе признаки общаго характера, особенно дефекты памяти, могутъ при этомъ еще отсутствовать. Распознаваніе основывается на хорошей аффективной реакціи, кото-

рая правда иногда сказывается только малозамѣтными движеніями угловъ рта, затѣмъ на наслоеніи органическихъ бредовыхъ идей: милліоны лѣтъ въ чистилищѣ; животъ какъ клоака, вздутъ какъ воздушный шаръ (когда въ дѣйствительности онъ пусть или втянутъ). Возможность такихъ идей при dementia praecox правда не исключена, но все же онѣ тамъ очень рѣдки.

Эта группа имѣетъ также нѣкоторыя общія терапевтическія точки зрѣнія. Подобно прогр. параличу эти болѣзни затрагиваютъ имущественныя и граждански правовыя соотношенія. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ приходится поэтому ставить вопросъ, не нужно ли наложеніе опеки, этотъ вопросъ нужно подвергнуть обсужденію по возможности рано и обстоятельно, учитывая всѣ данныя.

При обѣихъ старческихъ формахъ нужно остерегаться совѣтовать больному бросить свою работу безъ замѣны чѣмъ либо другимъ, развѣ только это будетъ абсолютно необходимо. Часто старость переходитъ въ болѣзнь только вслѣдствіе внезапнаго прекращенія обычныхъ жизненныхъ интересовъ.

Сенильнаго больного рѣже приходится интернировать въ больницѣ и помѣщать его туда надолго приходится рѣже, чѣмъ паралитика. Если у этого больного есть свой уголъ, лучше оставить его тамъ въ обычной обстановкѣ. Онъ подлежитъ помѣщенію только когда появляются добавочные симптомы (безпокойство, спутанность), когда онъ становится опаснымъ для себя или для окружающихъ, когда онъ неосторожно обращается съ огнемъ и свѣтомъ, оставляетъ открытымъ газовый кранъ, наклоненъ къ сексуальнымъ нападеніямъ, грозитъ женѣ и дѣтямъ. Когда опасность прошла, надо стараться вновь перевести больного въ нормальную обстановку.

Непріятный для окружающихъ и для больного ночной бредъ иногда проходитъ отъ снотворныхъ, но далеко не всегда. Наряду съ обычными средствами рекомендуется тутъ bromidia, въ которой несомнѣнно имѣется очень удачное какъ разъ для этихъ случаевъ сочетаніе наркотическихъ веществъ. Способъ приготовленія составляетъ секретъ, составъ извѣстенъ[1]). Это средство можно заказать по рецепту въ любой аптекѣ, однако оно имѣетъ тогда мутный видъ и его нужно взбалтывать. Ris рекомендуетъ при „обратномъ порядкѣ дня“ (безпокойство ночью, сонъ днемъ) вечеромъ, примѣрно въ 8 час. 0,03 опія; черезъ недѣлю — другую сонъ устанавливается, послѣ чего лѣкарство нужно до поры до времени отставить. Въ тяжелыхъ случаяхъ нужно дать два пріема (въ 6 и 8 часовъ), рѣдко приходится прибѣгать къ тремъ пріемамъ (4, 6 и 8 часовъ).

Предстарческіе психозы.

Изъ многообразія картинъ болѣзни Kraepelin выдѣлилъ восемь формъ, однако онъ вполнѣ правильно не претендуетъ ни на исчерпывающую обработку предстарческихъ психозовъ, ни на точное разграниченіе отдѣльныхъ формъ.

I Прежде всего депрессивныя состоянія съ возрастомъ учащаются, особенно это наблюдается въ періодѣ начинающейся инволюціи. Часть

---

[1] Extr. cannab. ind. Extr. hyoscyam. fluid. aa 0,5. Kal. bromat. chloralhydr. aa 50,0. Aq. destill. ad 250,0.

ихъ правда относится къ маніакально-депрессивному психозу. Я убѣжденъ однако, что существуютъ и другого рода депрессіи. Въ главѣ о маніакально депрессивномъ психозѣ такъ называемая инволюціонная меланхолія и klimakterium virile изложены подробнѣе.

II. Кромѣ того наблюдаются состоянія рѣзкаго возбужденія со страхомъ и галлюцинаціями: нелѣпость отрывочныхъ многочисленныхъ галлюцинацій, преобладаніе аффекта, равно какъ и смертельный исходъ указываютъ на органическую натуру болѣзни, даже если не удается изъ за возбужденія констатировать разстройства памяти и воспріятія. Рѣчь идетъ такимъ образомъ о картинѣ болѣзни, которая еще подходитъ подъ общее понятіе „delirium acutum".

III. Нѣкоторыя формы, большею частью съ депрессивнымъ оттѣнкомъ, похожи на позднія кататоніи. Въ анамнезѣ многихъ подобныхъ случаевъ можно найти несомнѣнную шизофренію, даже если шизофреническіе и кататоническіе симптомы не настолько выражены, чтобы по нимъ можно было поставить діагнозъ. Другія формы надо повидимому отнести къ особымъ болѣзнямъ, указанія Kraepelin'a на анатомическія данныя дѣлаютъ это особенно вѣроятнымъ.

IV. Thalbitzer и Rehm выдѣлили также картину болѣзни подъ названіемъ депрессивный бредъ: состоянія тоскливаго возбужденія съ яркимъ бредомъ, а иногда также галлюцинаціями.

V. Gaupp отграничилъ другія депрессивныя формы со страхомъ, медлено переходящія въ слабоуміе органическаго характера; начинаются эти формы уже лѣтъ въ сорокъ.

VI. Данная форма, судя по имѣющимся описаніямъ, отличается отъ формы II можетъ быть только тѣмъ, что исходомъ ея бываетъ не смерть, а органическое ослабленіе психики. Кромѣ того, отсутствуютъ галюцинаціи. Въ трехъ случаяхъ Kraepelin нашелъ тяжелыя измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ. Авторъ предполагаетъ, что сюда не относятся „сложные психозы двигательной сферы„ Doeblin'a

VII-ую форму составляютъ своеобразныя, переходящія въ слабоуміе, состоянія возбужденія со спутанными, депрессивными бредовыми идеями а также идеями величія.

VIII. Лучше изучены параноидныя состоянія этого возраста, изъ которыхъ Kraepelin выдѣлилъ довольно хорошо очерченную картину подъ названіемъ предстарческаго бреда умаленія. Рѣчь идетъ о болѣзняхъ съ бредовыми идеями, напоминающими шизофреническій параноидъ, съ той разницей, что онѣ неопредѣленны, измѣнчивы, нѣтъ обмановъ чувствъ и идей величія, мышленіе хорошо сохраняется и протекаетъ въ порядкѣ, волевыя разстройства отсутствуютъ. Больные образуютъ нелѣпыя бредовыя идеи, особенно ночью, и твердо въ нихъ вѣрятъ днемъ, однако сохраняютъ работоспособность для несложныхъ вещей, поскольку ночное безпокойство и другіе симптомы не дѣлаютъ необходимымъ больничнаго лѣченія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, представлявшихъ буквально ту же картину, мнѣ удалось на основаніи анамнеза или дальнѣйшаго теченія доказать, что мы имѣли дѣло съ фазой шизофреніи; такъ какъ поздція формы шизофреніи мало наклонны выявлять собственно шизофреническіе симптомы, а главнымъ образомъ въ нихъ личность болѣе или менѣе сохраняется, то можно вообще думать, что въ большинствѣ случаевъ имѣлась шизофренія.

Тѣмъ не менѣе я убѣжденъ, что имѣются внѣ шизофреніи параноидныя формы, часть которыхъ относится къ старости и періоду климактерія.

Артеріосклеротическій психозъ.

Артеріосклеротическій психозъ проявляется въ очень разнообразныхъ формахъ. Большею частью имѣется уже на лицо артеріосклерозъ мозга и различные его симптомы, когда о психозѣ еще не приходится говорить. Только небольшое количество случаевъ вообще попадаетъ къ психіатру. Артеріосклерозъ самъ по себѣ еще не обусловливаетъ психоза; послѣдній присоединяется только тогда, когда наступаетъ диффузное уменьшеніе мозговой массы (исключаются преходящія бредовыя состоянія и разстройства аффекта при большихъ мозговыхъ очагахъ).

Неврологически мозговые симптомы заключаются въ давленіи въ головѣ, головной боли съ большими колебаніями, головокруженіи, обморокахъ, шумѣ въ ушахъ, мельканіи въ глазахъ, иногда парезахъ и всевозможныхъ очаговыхъ симптомахъ (гемиплегія, геміанопсія, афазическія, апрактическія разстройства и т. д.). И эти органическія явленія выпаденія въ началѣ большею частью мало постоянны и могутъ сильно улучшаться (т. е. они могутъ не имѣть въ основѣ кровоизліяній или размягченій).

Въ очень многихъ случаяхъ присоединяются симптомы со стороны другихъ органовъ, точно также пораженныхъ артеріосклерозомъ, особенно почекъ и сердца.

Пока психическіе симптомы не заполняютъ картины, болѣзнь называется также „нервной формой arteriosclerosis cerebri".

Психическіе симптомы подобно соматическимъ подкрадываются очень незамѣтно; вначалѣ они то появляются, то исчезаютъ. Больные часто чувствуютъ какъ бы пустоту въ душѣ, иниціатива исчезаетъ, имъ трудно собраться что нибудь сдѣлать. Выдержка падаетъ, привычное вниманіе имъ дается съ трудомъ, они утомляются скорѣе прежняго. Эти симптомы больной обычно замѣчаетъ съ болью въ душѣ, отъ чего болѣзнь въ свою очередь становится тяжелѣе. Кромѣ того, существуетъ безусловно и первичная наклонность къ депрессіи и тоскливой окраскѣ переживаній, часто даже къ тяжелымъ состояніямъ страха, которыя повидимому представляютъ часто непосредственное слѣдствіе разстройства кровообращенія въ мозгу.

Этотъ стадій можетъ годами тянуться безъ существенныхъ ухудшеній. Все же аффективная сфера дѣлается въ извѣстномъ смыслѣ неустойчивой; развивается опредѣленное эмоціональное недержаніе. Правда интересы больного суживаются, а наклонность къ депрессіи до нѣкоторой степени задерживаетъ колебанія настроенія, тѣмъ не менѣе мы видимъ, какъ часто онъ можетъ реагировать — и что характернѣе всего на мелочи — раздражительностью и душевной болью, а въ болѣе хорошіе моменты также радостью и горемъ.

Понемногу выступаютъ все отчетливѣе разстройства памяти, особенно запоминанія; въ началѣ они обнаруживаются только при случаѣ, при вспоминаніи имени и т. д., въ дальнѣйшемъ они принимаютъ болѣе общій характеръ, хотя они могутъ также увеличиваться и уменьшаться. Конфабуляціи могутъ появиться, но рѣдко онѣ бываютъ въ большомъ количествѣ.

Съ большими колебаніями картина болѣзни съ годами становится все тяжелѣе. Тоскливыя состоянія продолжительностью отъ нѣсколькихъ минутъ до недѣль могутъ принять бредовой характеръ, съ неправильнымъ восприниманіемъ окружающаго, съ чудовищными бредовыми идеями; больные думаютъ, что ихъ рѣжутъ, жгутъ, хоронятъ заживо, большею частью въ наказаніе за грѣхи. Больные тяжело дышатъ, кричатъ, жалуются, дико стремятся бѣгать, дѣлаютъ иногда отчаянныя покушенія на самоубійство. И въ промежуткахъ имѣется наклонность къ настоящей меланхоліи. Больные теряютъ бодрость, всего боятся, все принимаютъ близко къ сердцу, у нихъ развиваются депрессивныя бредовыя идеи, особенно ипохондрическія.

Другія бредовыя идеи встрѣчаются сравнительно рѣдко въ простыхъ формахъ, зато довольно часто въ апоплектическихъ формахъ.

Осмышленіе и вниманіе очень постепенно претерпѣваютъ измѣненія въ смыслѣ органическаго синдрома.

Оріентировка поражается сначала приступами, въ концѣ концовъ она уничтожается совершенно, физическая сила падаетъ, больные въ концѣ прикованы къ постели и умираютъ отъ маразма или апоплектиформнаго удара.

Апоплектическія формы. Очень часто вся болѣзнь ведетъ свое начало отъ приступовъ, или же они въ первую очередь вліяютъ на теченіе. При этомъ имѣются и кровоизліянія и размягченія. Первому удару или предшествуютъ артеріосклеротическіе предвѣстники разной продолжительности и интенсивности, или же онъ появляется у совершенно здоровыхъ до того людей, симптомы обычные: головная боль, приливы къ головѣ, головокруженіе, за этимъ слѣдуютъ общіе симптомы или очаговыя явленія, послѣднія смотря по мѣстоположенію то остаются, то проходятъ. Въ зависимости отъ общаго состоянія питанія мозга, а также отъ локализаціи очага рано или поздно могутъ присоединиться психическіе признаки диффузной атрофіи мозга. Разрушительно дѣйствуютъ по моимъ наблюденіямъ особенно очаги въ окружности Вароліева моста, несмотря на то, что въ началѣ они меньше всего поражаютъ психику (разстройства питанія исходящія изъ сосудистаго центра?). Въ многихъ случаяхъ все же психика годами настолько мало страдаетъ, что больные не безъ основаній сходятъ за здоровыхъ. Только аффективная сфера поражается въ этихъ случаяхъ опредѣленно въ смыслѣ неустойчивости. Часто больныхъ уже непосредственно послѣ удара можно гораздо легче, чѣмъ раньше заставить плакать и даже смѣяться. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ это причиняетъ непріятное чувство больнымъ; настоящій навязчивый смѣхъ и навязчивый плачъ, т. е. мимическія движенія безъ соотвѣтственнаго количественнаго и качественнаго аффекта представляютъ рѣдко встрѣчающійся мѣстный симптомъ пораженія области thalamus.

Въ остальномъ dementia apoplectica ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ простого артеріосклеротическаго слабоумія безъ ударовъ; обѣ эти формы связываются промежуточными формами съ рѣдкими или легкими ударами.

Обѣ формы могутъ осложняться колебаніями настроенія (почти всегда депрессивнаго характера), особенно неравномѣрными приступами меланхолическихъ состояній со страхомъ.

Личность со своими стремленіями сохраняется, какъ правило, относительно долго; даже когда больные имѣютъ уже видъ порядочно слабоумный, основныя волевыя стремленія у нихъ могутъ испытать лишь небольшія перемѣны, они только не все понимаютъ и находятся больше во власти аффектовъ. Явленія выпаденія тоже носятъ островчатый („лакунарный") характеръ, т. е. они неравномѣрны и въ смыслѣ времени и въ смыслѣ спеціальныхъ функцій, то появляются, то исчезаютъ; поражаютъ хорошія проявленія памяти наряду съ полной безпомощностью способности вспом-

нить, правильное сужденіе наряду съ очень ограниченнымъ. Въ этихъ случаяхъ было бы очень ошибочнымъ на основаніи общаго состоянія заключать о состояніи отдѣльныхъ функцій, въ то время какъ при прогр. параличѣ, dem. senilis и пресбіофреніи мы можемъ это дѣлать съ большой долей вѣроятности.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ картины болѣзни могутъ очень разниться между собою, глядя по тяжести, мѣстоположенію и распространенности очага съ одной стороны и интенсивности общей атрофіи мозга съ другой стороны.

Въ смыслѣ **теченія** всѣхъ формъ Kraepelin отмѣчаетъ, что потеря эластичности сосудовъ прежде всего затрудняетъ приспособляемость — необычайно тонко развитую особенно въ мозгу — кровяного аппарата къ потребностямъ момента. Изъ за этого страдаетъ конечно и функціональная приспособляемость, этимъ объясняется утомляемость, затрудненія въ дѣйствіяхъ и пожалуй также часть раннихъ аффективныхъ разстройствъ. Дѣло кончается неправильными реакціями сосудовъ, иногда прямо таки несомнѣнными мѣстными сосудистными параличами и судорогами, причиняющими описанныя преходящія мѣстныя разстройства и многіе непостоянные общіе симптомы. Въ дальнѣйшемъ, все большее количество мозговыхъ областей и даже весь мозгъ (напр. при склерозѣ всего circulus Willisii:) страдаютъ въ своемъ питаніи, вслѣдствіе чего развиваются различныя нутритивныя явленія; въ третью очередь развиваются кровоизліянія и размягченія вслѣдствіе излома артеріальной стѣнки и закрытія просвѣта.

Исходомъ служитъ смерть въ органическомъ слабоуміи. Послѣдняго можетъ не быть, если теченіе сокращается вслѣдствіе апоплексій и другихъ случайностей. Продолжительность болѣзни колеблется отъ нѣсколькихъ недѣль до двухъ десятковъ лѣтъ.

Возрастъ. Артеріосклеротическій психозъ чаще всего развивается между 55 и 65 годами. Бываютъ случаи и въ 40 лѣтъ; они обусловливаются большею частью семейнымъ предрасположеніемъ.

Оба **пола** представлены почти одинако въ апоплектическихъ разстройствахъ, въ другихъ формахъ число мужчинъ по Kraepelin'у 71,5%.

Артеріосклеротическій психозъ нѣкоторые дѣлятъ также на подгруппы, въ зависимости отъ того, какія сосудистыя области поражены. Binswanger выдѣлилъ encephalitis subcorticalis chronica, которая анатомически характеризуется тѣмъ, что при ней преимущественно задѣваются длинные сосуды бѣлаго вещества. Этому соотвѣтствуетъ сильная атрофія бѣлаго вещества при сравнительно хорошо сохранившейся корѣ. Болѣзнь эта обыкновенно поражаетъ отдѣльныя части мозга съ неодинаковой силой, поэтому въ ней преобладаютъ очаговыя явленія, параличи, афазическіе симптомы; въ одномъ случаѣ я видѣлъ геміанопсію, практически полную.

Въ области психики развивается медленное душевное оскудѣніе, которое лишь въ случаяхъ болѣе продолжительныхъ достигаетъ высокихъ степеней вплоть до полной потери оріентировки. Бредовыхъ идей и даже болѣе сильныхъ колебаній аффекта обычно не бываетъ.

Болѣзнь начинается чрезвычайно рано, уже въ пятьдесятъ съ небольшимъ лѣтъ.

По Wollenberg'у, существуетъ форма, протекающая быстро съ тоскливымъ настроеніемъ, идеями преслѣдованія, спутанностью и полнѣйшей безсвязностью.

Ziehen наряду съ артеріосклеротическимъ психозомъ различаетъ еще три формы: **dementia haemorrhagica**, **embolica** и **trombotica**. Однако,

мы съ этой точки зрѣнія можемъ къ нашему описанію прибавить maxmum указаніе, что тромбозъ мозга вызываетъ болѣе сильные психическіе симптомы, чѣмъ кровоизліяніе и эмболія, такъ какъ онъ скорѣе предполагаетъ наличіе общей слабости сосудистой системы и въ качествѣ таковаго можетъ скорѣе всего имѣть множественный характеръ.

Затѣмъ Alzheimer выдѣлилъ периваскулярный гліозъ и старческое запустѣніе коры. При первой формѣ погибаетъ нервная ткань въ окружности мелкихъ сосудовъ, просвѣтъ которыхъ сузился; между тѣмъ волокна гліи разростаются и зернистыя клѣтки загружены продуктами распада. Очаги могутъ появляться по всему мозгу.

Старческое запустѣніе коры возникаетъ вслѣдствій гіалиново-артеріосклеротическаго перерожденія тонкихъ сосудовъ коры, гдѣ затѣмъ нервные составные элементы замѣняются густымъ гліознымъ сплетеніемъ; многіе подобные очажки расположены на поверхности, вызывая мелкое воронкообразное углубленіе.

Выдѣленіе этихъ двухъ болѣзней представляетъ до сихъ поръ одинъ лишь анатомическій интересъ.

Функціонально отграниченную картину болѣзни представляетъ артеріосклеротическая эпилепсія, которая развивается большею частью довольно рано при разныхъ локализаціяхъ артеріосклероза и рано или поздно ведетъ къ слабоумію. Наблюдается она какъ будто главнымъ образомъ у пьяницъ.

Что касается анатоміи артеріосклеротическаго психоза, то къ сказанному собственно говоря нечего больше добавить. Находятъ различно распредѣленныя всевозможныя артеріосклеротическія утолщенія на почвѣ размноженія сосудистыхъ клѣтокъ, гіалиноваго перерожденія и т. д., слѣдствіемъ чего является мѣстная гибель нервной ткани въ видѣ запустѣнія и заполненія гліей („периваскулярный гліозъ"), капиллярныхъ и болѣе крупныхъ кровоизліяній, размягченій; кромѣ того въ большинствѣ случаевъ развивается диффузное уменьшеніе мозгового вещества какъ выраженіе общаго разстройства питанія. Многочисленные маленькіе очажки въ совокупности могутъ, можетъ быть, оказать такое же дѣйствіе, какъ и вполнѣ разлитое разстройство. Мозгъ въ цѣломъ какъ правило становится меньше, при смерти онъ въ среднемъ на 150 gr легче нормы. Мягкая мозговая оболочка часто соединительнотканно утолщена, однако врядъ ли инфильтрирована.

Причины артеріосклероза въ значительной части для насъ еще неясны; онъ не представляетъ собой исключительно болѣзни культуры, ибо его слѣды обнаружены какъ будто въ доисторическихъ остаткахъ. Во всякомъ случаѣ семейное предрасположеніе имѣетъ большое значеніе. Послѣднее время обвиняютъ табакъ, основываясь на экспериментальныхъ данныхъ, съ давнихъ поръ обвиняютъ алкоголь. Кромѣ того указываютъ въ качествѣ причины артеріосклероза — до сихъ поръ безъ достаточныхъ основаній — на массу обстоятельствъ, совѣстливость и легомысліе, переутомленіе и лѣность, и еще многіе другіе. Въ случаяхъ обыкновенныхъ, гдѣ Вассерманъ отрицателенъ, lues не играетъ роли; мы не имѣемъ достаточно данныхъ, чтобы въ отдѣльномъ случаѣ сумѣть анатомически отличить обыкновенный артеріосклерозъ отъ специфическаго.

Изъ вызывающихъ причинъ нужно указать, какъ при dementia senilis, на ослабляющія болѣзни; въ этихъ случаяхъ мозгъ, который до того кое-какъ удовлетворялся раньше обычнымъ кровеснабженіемъ, страдаетъ въ своемъ питаніи и атрофируется in toto или

островами на столько сильно, что появляются психическіе симптомы. Болѣе сильные аффекты, особенно депрессивные, часто вызываютъ быстрое развитіе артеріосклеротическаго синдрома; связующимъ звеномъ является повидимому недостаточная регуляція и приспособляемость сосудовъ.

Отъ артеріосклероза и прямыхъ его послѣдствій нужно отдѣлить функціональную реакцію мозга на мѣстныя разстройства питанія. Особенно v. Monakow отмѣтилъ, что одинъ и тотъ же очагъ можетъ въ крѣпкомъ мозгу протекать безъ симптомовъ, а въ ослабленномъ вызвать тяжелыя явленія. Вѣроятно также, что крѣпкій мозгъ можетъ преодолѣть извѣстную степень артеріосклероза, не доходя до разстройства питанія, отчасти благодаря хорошему нутритивному сродству, отчасти благодаря напряженію регуляторнаго аппарата. Возможно, что наклонность алкоголиковъ къ артеріосклеротическимъ мозговымъ разстройствамъ основана больше на отсутствіи въ отравленномъ мозговомъ веществѣ нутритивной resp. жизненной или регуляторной энергіи, нежели на несовсѣмъ убѣдительной для меня причинной связи между алкоголемъ и отвердѣніемъ сосудовъ. Нужно допустить также, что больной мозгъ съ большимъ трудомъ, чѣмъ здоровый, можетъ выравнять измѣненія въ распредѣленіи давленія, вызванныя очагомъ.

Впрочемъ мы до сихъ поръ не имѣемъ отвѣта на вопросъ, почему въ одномъ случаѣ артеріосклерозъ поражаетъ какъ разъ почки, въ другомъ мозгъ, а въ предѣлахъ послѣдняго то ту, то другую сосудистую область.

Діагнозъ естественно въ ясно выраженныхъ случаяхъ сравнительно легокъ. Въ началѣ онъ основывается на различныхъ неврологическихъ симптомахъ съ ихъ характерной смѣной.

Отвердѣніе мозговыхъ сосудовъ само по себѣ не всегда легко поддается діагнозу. Болѣе сильный склерозъ артерій тѣла съ извѣстнымъ вѣроятіемъ даетъ возможность предположить такія же измѣненія въ мозгу, однако онъ можетъ быть незадѣтымъ при явномъ объизвествленіи въ другихъ органахъ, и наоборотъ. Вполнѣ правильно придаютъ значеніе повышенію кровяного давленія, рѣдкому пульсу, рѣзкому учащенію послѣдняго при небольшомъ напряженіи (десять разъ влѣзть на стулъ или нагнуться и т. п.), затѣмъ особенно рѣзкой разницѣ между систолическимъ и діастолическимъ давленіемъ. Нормальныя цифры (измѣрено по Recklinghausen'y): минимальное давленіе 100 mm ртутнаго столба, максимальное 160 mm Hg, или 140 cm и 220 cm H_2O. По Loew'y, если держать минуту голову въ наклоненномъ положеніи, наступаетъ опредѣленное повышеніе кровяного давленія въ art. temporalis, что указываетъ будто на артеріосклерозъ; по мнѣнію другихъ это ненадежный признакъ.

Отличіемъ отъ прогр. паралича, который иногда соединяется съ артеріосклерозомъ, служатъ отсутствіе физическихъ симптомовъ пргр. паралича, особенно рефлекторной неподвижности зрачковъ, которая тутъ никогда не наблюдается, отсутствіе реакціи Вассермана въ крови, этой реакціи, плеоцитоза и глобулиновой реакціи въ спинномозговой жидкости[1], экспансивныхъ бредовыхъ идей и черезчуръ эйфорическаго настроенія. Маніакальныя состоянія врядъ ли наблюдаются при артеріосклеротическомъ психозѣ. Анатомически при прогр. параличѣ не обязательно утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ, въ свою очередь артеріосклерозу чужда инфильтрація плазматическими клѣтками.

---

[1] Увеличеніе альбумина наблюдается, но глобулиновой реакціи повидимому не бываетъ.

Отличіемъ отъ dementia senilis и пресбіофреніи служатъ особенно колебанія въ теченіи и затѣмъ наличіе признаковъ артеріосклероза. Иногда наслѣдственность даетъ нѣкоторую точку опоры. Возрастъ ниже 65 лѣтъ говоритъ противъ чистой dementia senilis, если нѣтъ обстоятельствъ, способствующихъ атрофіи мозга вродѣ маніакально-депрессивной конституціи, врожденной слабости мозга, алкоголизма, разстройствъ сердца. Тѣмъ не менѣе, само собою понятно, что различные старческіе процессы часто могутъ наблюдаться параллельно.

Старческое слабоуміе и еще больше прогр. параличъ измѣняютъ личность гораздо раньше и сильнѣе нежели артеріосклерозъ; поражается совокупность функцій памяти, критики и т. д., между тѣмъ артеріосклерозъ по крайней мѣрѣ въ теченіе долгаго времени выражается больше въ „мозаикѣ отдѣльныхъ симптомовъ".

Отличіемъ отъ сифилиса мозга является отсутствіе неврологическихъ (глазныхъ разстройствъ и др.) и серологическихъ признаковъ lues'а.

Лѣченіе. Разъ мы не знаемъ причинъ артеріосклероза, мы не много можемъ сдѣлать въ смыслѣ профилактики. Во всякомъ случаѣ полезно избѣгать табаку и алкоголя. Однако выраженные случаи артеріосклеротическаго психоза часто представляютъ благодарный объектъ для лѣченія. Легкія, медленно прогрессирующія разстройства часто значительно улучшаются; удается констатировать, что это не случайность, а дѣйствительный результатъ лѣченія.

Часто можно освободить больныхъ отъ всѣхъ тѣхъ душевныхъ и физическихъ напряженій, которыхъ они не переносятъ т. е. которыя, какъ показалъ опытъ, ухудшаютъ ихъ состояніе. Когда не знаешь, что они переносятъ, нужно осторожно пробовать. Не нужно перенапрягать ни психики, ни сердца. По возможности нужно оберегать больныхъ и отъ аффективныхъ бурь. Если дѣятельность сердца отстаетъ, его нужно лѣчить, но не безъ осторожности (digalen, отъ времени до времени строфантъ и т. д.; разумное лѣченіе digitalis'омъ врядъ ли увеличиваетъ опасность апоплексіи). Хорошіе результаты давалъ намъ также diuretin въ малыхъ дозахъ напр. 3 раза въ день по 0,5. Съ тоскливыми состояніями можно бороться съ психической стороны посредствомъ опіатовъ или же можно одновременно съ этимъ давать и сердечныя средства. Очень часто можно добиться успокоенія посредствомъ бромистыхъ средствъ, особенно sedobrol'я; его можно отлично комбинировать со слабыми дозами іода. Іодъ (0,5 до 3,0 въ день) принятъ повсюду и вѣроятно иногда оказываетъ нѣкоторое вліяніе на артеріальную стѣнку или хотя бы на ея регуляцію и—какъ теперь думаютъ—на вязкость крови. Всѣ лѣкарства надо каждыя нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ отставлять, пока не явится новое показаніе къ ихъ примѣненію. Иногда можно напр. продѣлывать каждый годъ одинъ разъ іодистое лѣченіе.

У насъ нѣтъ данныхъ, которыя доказывали бы пользу рекомендуемыхъ обычно діэтъ; излишнее употребленіе мяса какъ будто вредно. Lewandowsky думаетъ, что пища бѣдная солью приноситъ пользу. Во всякомъ случаѣ больной долженъ остерегаться перепол-

ненія желудка пищей или питьемъ. Возбуждающихъ веществъ равно какъ и алкоголя[1]) нужно принципіально избѣгать.

Особенно важно психическое лѣченіе, оно должно путемъ утѣшенія дать покой мнительному больному.

Во всякомъ случаѣ необходимо, если состояніе больного становится сноснымъ, стараться, чтобы больной былъ опять занятъ. Въ началѣ болѣзни, пока больной не бросилъ своей работы, это удается большею частью безъ труда, больной исполняетъ свою обычную работу, но въ уменьшенной дозѣ. Если это не идетъ, нужно найти другую работу, которая заинтересовала бы больного. Движенія на свѣжемъ воздухѣ, соотвѣтствующія сердечной силѣ, конечно рекомендуются. Такимъ образомъ, удается нѣсколько лѣтъ поддерживать сносное состояніе. Это относится конечно и къ тому случаю, когда артеріосклерозъ осложненъ самостоятельной инволюціонной депрессіей, которая со временемъ сама проходитъ, въ началѣ же она придаетъ картинѣ болѣзни слишкомъ тяжелый характеръ.

Сильныхъ процедуръ, напр. водолѣчебныхъ, и особенно термальныхъ нужно конечно избѣгать. Для предупрежденія апоплексіи при артеріосклерозѣ, необходимо устранять все, что способствуетъ повышенію кровянаго давленія и приливу крови къ головѣ, особенно горячія ванны, обильную пищу и питье и т. д. Опытъ показываетъ, что кровоизліяніе въ мозгъ развивается иногда непосредственно вслѣдъ за подобнымъ воздѣйствіемъ; однако многаго отъ этихъ предписаній нечего ждать.

При артеріосклеротической эпилепсіи можно на ряду съ іодомъ давать и бромъ. Однако большею частью эта болѣзнь неизлѣчима.

При внезапныхъ очаговыхъ заболѣваніяхъ важнѣйшей психіатрической задачей домашняго врача является выясненіе психическаго состоянія больного; врачу приходится тутъ же или впослѣдствіи на судѣ въ качествѣ свидѣтеля или эксперта давать заключеніе. Нужно остерегаться отъ смѣшенія афазическихъ и парафазическихъ симптомовъ (съ параграфіей включительно) со спутанностью и слабоуміемъ. Если состояніе больного позволяетъ, нужно во всѣхъ случаяхъ, гдѣ затрагивается дѣеспособность больного, стараться пустить въ ходъ всевозможныя средства, чтобы какъ нибудь столковаться съ больнымъ. Такъ какъ завѣщанія часто оспариваются лишь спустя много лѣтъ, нужно не пожалѣть труда и подробно записать все.

Старческое слабоуміе (Простая dementia senilis и пресбіофренія).

Хотя въ нормѣ обратное развитіе мозга начинается уже послѣ пятидесяти лѣтъ, однако оно дѣлается замѣтнымъ обыкновенно лишь на послѣднемъ десяткѣ жизни (нормальной продолжительности). Раньше всего мы замѣчаемъ — у многихъ людей еще до окончанія

[1]) „Полнѣйшее воздержаніе отъ алкоголя есть conditio sine qua non“ всякаго лѣченія“. (Pilcz, Wien. med. Woch. 1910 стр. 626).

шестого десятка — извѣстную неспособность усваивать новыя идеи другихъ; человѣкъ дѣлается пассивнымъ неофобомъ, даже если онъ еще способенъ въ ограниченномъ размѣрѣ создавать новыя комбинацiи идей. Постепенно однако способность усвоенiя все больше слабѣетъ; старикъ все больше перестаетъ интересоваться тѣмъ, что происходитъ на свѣтѣ; мысли его ограничиваются эгоцентрически ближе лежащими потребностями, какъ въ умственномъ, такъ и въ аффективномъ отношенiи. Чувства теряютъ устойчивость, реагируютъ на мелочи; легко развиваются болѣе длительныя измѣненiя настроенiя. Въ общенiи съ другими людьми обнаруживается или пустая болтливость, или тупая односложность. Наряду съ повышенной внушаемостью замѣчается упрямство. Память въ цѣломъ — не только одно запоминанiе — дѣлается хуже, начиная съ памяти именъ и т. п., что вообще болѣе трудно. Больные неспособны понимать и вспоминать новыя переживанiя и въ то же время сравнительно или абсолютно легко воспроизводятъ прежнiй матерiалъ памяти и вмѣстѣ съ тѣмъ легче воспроизводятъ прiятныя, чѣмъ непрiятныя воспоминанiя; все это дѣлаетъ изъ нихъ laudatores temporis acti. Всѣ психическiе процессы совершаются съ большимъ трудомъ и медленно, и чѣмъ они сложнѣе, тѣмъ это сильнѣе выражено. Само собою понятно, что практическая работоспособность при этомъ падаетъ.

Простое старческое слабоумiе представляетъ въ увеличенномъ видѣ тѣ же симптомы, которые въ зачаточномъ или явномъ видѣ можно найти у всякаго такъ сказать человѣка, достигающаго нормальнаго конца черезъ „старческую слабость".

Изъ болѣзненныхъ явленiй часто раньше всего замѣчается измѣненiе характера, иногда оно сначала имѣетъ видъ шаржированныхъ личныхъ особенностей: любовь къ порядку можетъ стать мелочнымъ педантизмомъ, твердость — глупымъ упрямствомъ, осторожность — недовѣрiемъ, хозяйственность — скверной скупостью (Wollenberg). Затѣмъ появляется какъ при прогр. параличѣ то, что неправильно называютъ нравственной тупостью и что тутъ тоже представляетъ продуктъ недостаточнаго осмышленiя и переработки переживанiй и идей; одновременно, можетъ быть, появляется уже неустойчивость въ аффективной сферѣ съ ея повышенной отрицательной и положительной внушаемостью: „старикъ впадаетъ въ дѣтство".[1]) Иногда начало стадiя болѣзни отмѣчается половымъ возбужденiемъ Мужчины, давно уже ставшiе импотентами, „чувствуютъ себя вновь молодыми" и иногда совершаютъ просто эксцессы. Другiе остаются болѣе или менѣе импотентными, повышается только libido.

Въ дальнѣйшемъ память все больше отказывается служить, причемъ какъ разъ въ старческомъ слабоумiи этотъ процессъ часто идетъ очень систематически: чѣмъ свѣжѣе переживанiе, тѣмъ скорѣе оно забывается (обыкновенно оно еще „запоминается", но лишь ко-

---

[1]) Это называютъ также пуэрилизмомъ, желая этимъ обозначить все дѣтское въ чувствѣ, интеллектѣ а также въ поведенiи (эти люди часто играютъ, какъ дѣти). Это выраженiе однако тѣмъ непрiятно, что употребляется преимущественно для обозначенiя психогенныхъ состоянiй, изображающихъ (безсознательно) состоянiе дѣтства.

роткое время сохраняетъ способность къ воспроизведенію). Сначала забываются неравномѣрно отдѣльныя переживанія послѣдняго времени, совпадающія естественно съ болѣзнью; медленно съ колебаніями число этихъ пробѣловъ увеличивается; они сливаются, и послѣдніе годы сначала частично, потомъ совершенно исчезаютъ изъ памяти. Затѣмъ, съ теченіемъ времени граница воспоминаній все отодвигается назадъ, и въ концѣ концовъ больные живутъ только дѣтствомъ. Старуха, не разъ мѣнявшая квартиру въ теченіе девяноста лѣтъ своей жизни, сначала думала, что живетъ на послѣдней квартирѣ, потомъ на предпослѣдней и т. д., пока наконецъ не дошла до мѣста своей родины. Другая думала, что она еще ходитъ въ школу. Очень часто сенильныя женщины называютъ себя дѣвичьей фамиліей, думаютъ, что у нихъ только что была конфирмація, и не помнятъ своей свадьбы и всей взрослой жизни. Больнымъ въ этомъ стадіи можно въ теченіе нѣсколькихъ минутъ по нѣскольку разъ разсказать важныя событія, смерть мужа и т. д., и каждый разъ это для нихъ новость, и каждый разъ они соотвѣтственно реагируютъ чувствомъ; они сами не устаютъ повторять однѣ и тѣ же новости; въ тяжелыхъ случаяхъ они не только не знаютъ, что они вчера пережили, но иногда забываютъ также, что было минуту тому назадъ. Все таки иногда отдѣльныя переживанія, глубоко затрагивающія личные комплексы, сохраняются какъ оазисы, такъ напр. несправедливое обвиненіе или попытка получить отъ скупого старика деньги и т. п. Затверженныя мысли тоже какъ при прогр. параличѣ иногда сравнительно хорошо еще воспроизводятся.

Живыя натуры заполняютъ пустоту памяти конфабуляціями, разсказываютъ фантастическія исторіи, что они дѣлали, да что пережили; у торпидныхъ больныхъ приходится выпытывать этотъ симптомъ посредствомъ вопросовъ. Многіе изъ этихъ больныхъ не охотно отвѣчаютъ: „я этого не знаю“, даютъ выдуманный ad hoc отвѣтъ, и сами вѣрятъ въ то, что сказали.

Мышленіе рѣзко суживается, хотя отсутствіе критики рѣже и значительно позже достигаетъ такихъ высокихъ степеней, какъ при прогр. параличѣ.

Первые годы больные большей частью стараются держаться, какъ всегда; лишь торпидные и депрессивные случаи отказываются отъ активныхъ сношеній съ окружающимъ міромъ. Поступки однако становятся неловкими, непостоянными и наконецъ совсѣмъ нелѣпыми. Больные плохо соображаютъ и поэтому легко даютъ себя подбить на глупое помѣщеніе денегъ и на непозволительные подарки и завѣщанія. Сенильные больные представляютъ отличный объектъ для искателей наслѣдствъ не только потому, что они скоро умираютъ, но главнымъ образомъ потому, что безропотно поддаются ловкому внѣшнему воздѣйствію. Нерѣдко покушеніе на ихъ имущество идетъ via женитьба; хорошей почвой для этого является во многихъ случаяхъ повышенное половое влеченіе. Въ очень многихъ случаяхъ внѣшнія формы долго сохраняются. Одна совершенно незнакомая мнѣ дама, къ которой я былъ приглашенъ на консультацію, приняла меня какъ стараго друга (хотя она хорошо видѣла), завязала со мною оживленную бесѣду въ обычныхъ салонныхъ фразахъ, не дѣлая —

кромѣ основной ошибки — крупныхъ промаховъ, спрашивала, какъ поживаютъ мои дѣти, выражала удовольствіе, что видитъ меня опять, говорила, что погода хороша, только холодно и т. п.

Иные чувствуютъ себя вездѣ плохо, особенно ночью. Безцѣльно или съ какими нибудь смутными мыслями, или желая провѣрить свои вещи, они блуждаютъ по дому со свѣчей, что дѣлаетъ ихъ часто опасными. Въ послѣдней стадіи къ этому присоединяется настоящій бредъ, особенно по ночамъ; больные живутъ въ галлюцинаціяхъ, часто въ воспроизведенныхъ переживаніяхъ юности, но часто также и въ другихъ сказочныхъ ложныхъ представленіяхъ, большею частью аффективно окрашенныхъ.

Воспріятіе и вниманіе постепенно поражаются въ смыслѣ органическаго разстройства.

Оріентировка разстраивается довольно поздно, сначала временно, ночью, а затѣмъ и днемъ. Больные не знаютъ, какой годъ идетъ, не знаютъ даже столѣтія, когда имъ говорятъ годъ, они не въ состояніи, хотя часто знаютъ годъ своего рожденія, сосчитать сколько имъ лѣтъ (обыкновенно они неправильно указываютъ свой возрастъ). Они могутъ не отличать дня отъ ночи, хотя они чаще въ ночномъ возбужденіи стремятся итти на свои дневныя занятія и рѣже принимаютъ день за ночь. Часто больные сами чувствуютъ себя въ какомъ то смутномъ состояніи; одна наша больная утверждаетъ уже 2 года, что она находится дома и спитъ; а то обстоятельство, что она здѣсь находится, и все, что она здѣсь переживаетъ, все это сонъ.

Въ послѣднемъ стадіи потеря оріентировки касается и самыхъ простыхъ ситуацій. Такъ, особенно характерно, что боязливые сенилики, когда ихъ нужно поднять или перенести, цѣпляются за все, за людей, за любой предметъ, который имъ попадается, изъ за этого одного подвергаютъ себя опасности упасть.

Большая часть сенильныхъ больныхъ обнаруживаютъ только эти основные симптомы; мы имѣемъ дѣло съ простымъ старческимъ слабоуміемъ, аналогично простому прогр. параличу, простой дементной шизофреніи. Такіе больные однако рѣдко попадаютъ въ психіатрическія больницы, обыкновенно дожидаются ихъ смерти въ семьѣ или въ богадѣльняхъ.

Однако, различные добавочные симптомы могутъ измѣнить картину и вызвать необходимость въ больничномъ лѣченіи. Уже среди простыхъ сениликовъ можно замѣтить, что одни болѣе торпидны, другіе болѣе оживлены. Торпидность можетъ дойти до ступора, оживленность до эретизма, не дающаго покоя больному постоянной суетливостью и стремленіемъ говорить.

Столь частыя въ старости измѣненія настроенія могутъ дойти до степени меланхолическаго или маніакальнаго настроенія, причемъ первыя необыкновенно часты, послѣднія довольно рѣдки (старческая меланхолія и манія). Депрессія часто сочетается со страхомъ, хотя можетъ быть не такъ часто, какъ въ артеріосклеротической формѣ.

Въ аффективныхъ состояніяхъ этого рода обычно образуются бредовыя идеи, глядя по настроенію, то бредъ уничиженія, то бредъ

величія. Послѣдній обычно носитъ довольно блѣдный характеръ и не достигаетъ пестрыхъ и фантастическихъ размѣровъ паралитическаго бреда Въ депресивныхъ бредовыхъ формахъ бредъ обѣднѣнія большею частью отступаетъ на задніи планъ передъ чудовищно раздутыми идеями грѣховности и ипохондрическими. Къ этому присоединяются характерныя для органическихъ болѣзней идеи нигилистическія и идеи громадности, а иногда также микроманическія: больнымъ кажется, что, они сами или части ихъ тѣла очень малы, и это вызываетъ у нихъ страхъ и опасенія. Простое скудоуміе выражается въ слѣдующемъ нытьѣ: „мнѣ нужно такъ много мочиться, что сидѣлка не будетъ убирать горшка, какъ же будетъ? меня такъ жжетъ, а сидѣлка не будетъ давать мнѣ воду? А когда эта куртка становится грязной, мнѣ даютъ только очень легкую".

Довольно часто къ этимъ аффективнымъ бредовымъ идеямъ примѣшиваются идеи недовѣрія, ложнаго пріурочиванія къ себѣ, преслѣдованія; особенно бредъ быть обокраденнымъ представляетъ у сениликовъ заурядное явленіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются однѣ пароноидныя бредовыя идеи, и если сознаніе у больныхъ сколько нибудь ясное, мы говоримъ о „сенильной параноѣ".

Уже въ простыхъ формахъ наблюдаются въ послѣдней стадіи бредовыя состоянія съ галлюцинаціями; отдѣльные обманы чувствъ отъ времени до времени попадаются и раньше; обычно это слуховыя, а также зрительныя галлюцинаціи. Обонятельныя, и вкусовыя галлюцинаціи рѣдки. Больные видятъ и слышатъ сноподобныя явленія. Они живутъ напр. въ прежней профессіи, или они подобно пресбіофреникамъ дѣлаютъ все шиворотъ на выворотъ, укладываютъ постель и вещи чтобы итти „домой" и т. д. Называютъ и это „бредомъ занятія", однако въ случаяхъ старческаго слабоумія, не осложненныхъ алкоголизмомъ, картина совсѣмъ другая, чѣмъ при delirium tremens. У этихъ неувѣренныя сложныя подобія дѣйствій, отдѣльныя не совсѣмъ связныя части—больные думаютъ, что они сидятъ въ пивной, пишутъ, правятъ лошадьми, однако могутъ при этомъ лежать на спинѣ, въ постели, или же если они расхаживаютъ, то все же замѣчаютъ, что что то не ладно—, у сениликовъ же большею частью настоящія дѣйствія, хотя они имѣютъ очень нецѣлесообразный видъ, многіе, даже сравнительно сознательные больные собираютъ всякіи ненужный вздоръ; они идутъ на улицу искать вещи, которыя дѣти затащили, „чего то ищутъ, разбрасываютъ постель, вспарываютъ матрацъ, копаются въ конскомъ волосѣ, разрываютъ обивку, завертываются въ нее нелѣпо-фантастически" (Fischer); если они не прикованы къ постели, они все время что то дѣлаютъ, причемъ ничего путнаго не выходитъ, хотя у больныхъ есть какая то идея. Лишь при полномъ распадѣ появляются стеротипныя движенія, подражающія дѣйствіямъ, свойственнымъ прежней профессіи (стирка, шитье и т. д.). Больные часто становятся тогда неопрятными, не только вслѣдсвіе невнимательности или паралича, но также потому, что при отсутствіи должнаго надзора они начинаютъ играть экскрементами. Такого рода состоянія (если они достигаютъ высокой степени ихъ нужно считать тяжелыми бредовыми состояніями) сначала чаще всего наблюдаются ночью, или они имѣютъ видъ перехо-

дящихъ возбужденій продолжительностью отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколько недѣль, или же они къ концу образуютъ хроническое состояніе, которое можетъ держаться мѣсяцы и годы.

Другіе добавочные симптомы происходятъ на почвѣ мѣстныхъ разстройствъ мозга, которыя правда не относятся непосредственно къ болѣзни, но развиваются часто, какъ слѣдствіе сопутствующаго артеріосклероза: параличи, афазическія, апрактическія разстройства. Большею частью и спинной мозгъ задѣвается болѣе или менѣе, такъ что больной не вполнѣ владѣетъ и сфинктерами и конечностями (нижними).

Помимо этого физическіе симптомы являются главнымъ образомъ основными симптомами, свойственными общей атрофіи мозга: неловкость, неуклюжія, безсильныя движенія, въ концѣ концовъ маразмъ. Обмѣнъ веществъ очень рано замедляется, аппетитъ часто пропадаетъ, почеркъ становится дрожащимъ и вообще неуклюжимъ. Иногда дрожаніе вполнѣ равномѣрно, но сравнительно крупно.

Рис. 11. Почеркъ больного, страдающаго простымъ старческимъ слабоуміемъ въ легкой степени съ равномѣрнымъ среднимъ дрожаніемъ, безъ разстройствъ координаціи. Намекъ на психическій дефектъ виденъ въ нѣкоторыхъ поправкахъ и въ словѣ „vernhommen", гдѣ о въ нужномъ мѣстѣ не вышло, и больной его вставилъ куда не слѣдуетъ.

Другія явленія — сморщиваніе и потеря эластичности кожи, старческая дуга на роговицѣ и т. д. — представляютъ выраженіе общаго уменьшенія жизненной энергіи; сюда относится также и атрофія мозга, слѣдовательно это все параллельныя явленія, которыя все же могутъ достигать различной силы безотносительно къ мозговымъ разстройствамъ.

Въ зависимости отъ этихъ добавочныхъ симптомовъ выдѣляютъ различныя формы.

Если добавочныхъ симптомовъ вовсе нѣтъ, мы имѣемъ передъ собою **старческое слабоуміе въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова** или **простую форму dementia senilis**. Среди больныхъ, попадающихъ въ больницы, наиболѣе часты формы съ измѣненіями настроенія, **старческія меланхоліи и маніи**. Эти имена правда обозначаютъ острое состояніе, въ которомъ боль-

ной большею частью приходитъ къ врачу: однако это не такъ важно, ибо, какъ выше указано, измѣненіе настроенія даетъ себя знать и въ спокойный періодъ.

Сознательныя формы съ образованіемъ бреда, иногда съ галлюцинаціями называются старческими параноями (яли параноидной формой dementia senilis). Онѣ не часты. Больнымъ кажется, что сосѣди за ними слѣдятъ, надъ ними издѣваются, домочадцы ихъ обкрадываюъ, повсюду видятъ намекъ на себя, ихъ мысли подтверждаются голосами и т. д.

Нѣкоторые различаютъ при dementia senilis, какъ и при прогр. параличѣ, кататоноподобныя формы, въ которыхъ могутъ появляться стереотипныя движенія и позы, вербигерація, восковидная гибкость, ступоръ, эхолалія. Многіе изъ этихъ случаевъ, какъ показываетъ анамнезъ и другіе симптомы, съ несомнѣнностью являются (скрытыми) шизофрениками, заболѣвшими старчески. У другихъ стереотипіи оказываются остатками прежнихъ привычныхъ движеній (покручиваніе усовъ, чесаніе); то, что имѣетъ видъ вербигераціи, является ничѣмъ инымъ, какъ постояннымъ выраженіемъ одного и того же чувства, владѣющаго больнымъ: „Ахъ Господи, помоги мнѣ!", или же это органическая персеверація, при которой больные хотятъ сказать совсѣмъ другое, но каждый разъ сбиваются на однажды уже сказанное. Эхолалія можетъ представлять органическое разстройство, нѣсколько иного происхожденія, чѣмъ при шизофреніи. Однако, наши свѣдѣнія еще недостаточны; этихъ больныхъ, обычно рѣзко слабоумныхъ, очень трудно какъ слѣдуетъ анализировать и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ провести грань между шизофреническими и органическими кататоноподобными симптомами.

Пресбіофренія представляетъ по мнѣнію однихъ отдѣльную болѣзнь, по мнѣнію другихъ разновидность dementia senilis; описанія ея къ тому же очень колеблются у разныхъ авторовъ въ разные періоды. Сообразно съ современнымъ состояніемъ этого вопроса, лучше всего назвать пресбіофреніей картину болѣзни, которая въ своихъ типичныхъ случаяхъ довольно хорошо характеризуется: общіе признаки старческаго слабоумія всегда имѣются на лицо; кромѣ того, однако, имѣется своеобразное возбужденіе и пораженіе мышленія, выходящее за предѣлы обыкновеннаго старческаго разстройства. Больные постоянно какъ будто что то дѣлаютъ; покуда они въ состояніи ходить и оріентироваться въ ближайшей по крайней мѣрѣ обстановкѣ, они все возятся, переставляютъ вещи, носятъ ихъ на другое мѣсто, повсюду присматриваютъ, при этомъ въ дѣйствительности ничего толкомъ не дѣлаютъ. Если больные слабѣе, они не лежатъ спокойно въ постели; они и тутъ все возятся, сидятъ косо или поперекъ, высовываютъ ноги изъ постели; неувѣренными движеніями, зато усердно они комкаютъ, тянутъ постельныя принадлежности, свертываютъ ихъ безпорядочнымъ клубкомъ или ихъ только трутъ другъ о друга (больной „стираетъ"). Несмотря на наличіе правильнаго аффективнаго соотношенія съ окружающей обстановкой больные также безпорядочно смѣшиваютъ въ кучу лица, мѣста и положенія, какъ и постельныя принадлежности. Пока больные въ состояніи говорить, имѣется извѣстная болтливость, за ко-

торой однако не кроется ускоренная смѣна идей, если не присоединяются въ видѣ исключенія маніакальные элементы; во всякомъ случаѣ больные уже въ силу слабости памяти довольно быстро теряютъ нить. Большею частью у нихъ появляется особенное разстройство рѣчи, по временамъ они не находятъ нужныхъ словъ, или повторяютъ ихъ, переставляютъ, уродуютъ, застряваютъ на отдѣльныхъ нужныхъ и ненужныхъ слогахъ, появляются аллитераціи, замѣна буквъ, судорога словъ (логоклонія), и вмѣстѣ съ тѣмъ вполнѣ правильные отвѣты, особенно въ началѣ если стимулировать вниманіе.



Рис. 12. „Стирающая" пресбіофреничка. Въ лицѣ, несмотря на слабоумное выраженіе, видно усердіе. Къ сожалѣнію, на рисункѣ не виденъ результатъ работы — безпорядокъ въ постели.

Примѣръ изъ статьи Fischer'a[1]) лучше всего это иллюстрируетъ: (въ виду того, что вся суть этого примѣра въ звуковыхъ сочетаніяхъ и въ искаженіи словъ, онъ не поддается переводу, и мы его приводимъ въ подлинникѣ. А. Р.). „Mutter Gottes, Jungfrau Maria, unser Herr, unser derr, dunser derr, derr, derr, derr, de — de — de — de — Ach, jetzt höre zu, gesegnete Frucht deines Leibes, gib uns heute euer unser u serrer, heiligen Maria bitte für serunser, damit wir viel... Unser Herr, uns:r derr, sacheneschese poseneschе damit wir viel machen. Komm her du Lausbub komeschesche jetbischesche heiligst urser Herr, du Lausbub, du bist unter den Frauen, die Frucht deines Leibes, Jesus no ja, das ist der Große, du aber denkesest heiligster unser Herr, unser Herr, no und hier ist doch doch sich sich geheiligt aber für die Sündigen fällst du und heiligst du alle Sünden und Missetaten ueser Herr unser Herr gemacht verheißen und Frucht deines Leibes, no er hat das gegeben immer..."

Нерѣдки при пресбіофреніи типичные эпилептиформные припадки. Часто имѣются галлюцинаціи и бредовыя идеи, хотя нелегко добиться отъ больныхъ указаній на это; во всякомъ случаѣ и безъ этого эта своеобразная спутанность легко объясняется.

Регулярно и въ очень большомъ числѣ находятъ въ выдѣленныхъ такимъ образомъ случаяхъ въ мозгу Fischer'овскія друзы (сферотрихія), значеніе которыхъ еще не ясно (см. ниже анатомію). Въ другихъ формахъ онѣ встрѣчаются рѣдко, такъ что картина болѣзни до извѣстной степени спаяна и анатомически.

Kahlbaum, создавшій названіе „пресбіофренія", понималъ подъ нимъ старческіе психозы; Wernicke сдѣлалъ изъ этого болѣзнь, которую онъ симптоматологически отожествлялъ съ Корсаковской; получилось понятіе, приблизительно соотвѣтствовавшее „простому старческому слабоумію" за исключеніемъ торпидныхъ формъ. Kraepelin требовалъ (для пресбіофреніи), чтобы мышленіе и даже сужденіе сохранилось сравнительно въ порядкѣ, но особенно строго этого не придерживался. Fischer нѣсколько позже нашелъ при анатомической сферотрихіи опредѣленную картину болѣзни, которую онъ ставилъ въ паралель съ Корсаковской, но которая во многихъ его случаяхъ благодаря болѣе сильному пораженію мышленія выходила за предѣлы Корсаковской болѣзни, и отчасти соотвѣтствовала описаннной выше. Въ концѣ концовъ онъ сталъ считать пресбіофреническимъ слабоуміемъ почти всякій случай старческаго слабоумія, въ значительной степени окрашенный добавочными симптомами, а именно меланхо-

[1]) Къ клиникѣ и патологіи пресбіофреническаго слабоумія. Ztschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Orig. Bd. 12, 1912, стр. 125.

лическія, маніакальныя, паранояльныя и кататоническія формы (все за исключеніемъ его „артеріосклеротическаго псевдопресбіофреническаго слабоумія)“, соотвѣтствующія приблизительно формамъ нашего эретическаго артеріосклеротическаго психоза.

Въ доказательство своихъ взглядовъ авторъ приводитъ довольно большой матеріалъ. Однако бываютъ и исключенія: попадаются такіе случаи безъ друзъ и случаи съ друзами, носящіе клинически другой характеръ; бываютъ даже случаи, которые имѣютъ видъ пресбіофреніи только въ извѣстной стадіи, въ остальное же время представляютъ явленія простого старческаго слабоумія. Kraepelin, Spielmeyer, Simchowicz придерживаются поэтому того мнѣнія, что пресбіофренія не представляетъ ни клинически, ни анатомически болѣзни sui generis, а лишь качественныя и количественныя особенности обычнаго старческаго процесса. По мнѣнію Sigg'а вопросъ представляется въ слѣдующемъ видѣ: случаи съ друзами, т. е. пресбіофреническіе, это эретическіе случаи съ сильной спутанностью, разстройствомъ оріентировки и сна и эпилептическими припадками; сюда же относятся многіе больные съ измѣненіемъ настроенія, слѣдовательно нѣкоторыя старческія маніи и меланхоліи. Изъ нихъ нѣкоторыя представлютъ смѣсь dementia senilis съ маніакально-депрессивнымъ психозомъ, однако старческій процессъ подобно паралитическому можетъ самъ по себѣ непосредственно дать поводъ къ такого рода колебаніямъ настроенія. Формы, носящія кататоническій характеръ, являются старческими проявленіями на фонѣ существовавшей раньше скрытой шизофреніи.

Пока еще нельзя занять опредѣленную позицію по отношенію къ этимъ гипотезамъ; во всякомъ случаѣ друзы связаны больше съ формами эретическими, съ тяжелымъ разстройствомъ рѣчи и оріентировки, и во всякомъ случаѣ еще нѣтъ рѣзкихъ границъ, которыя позволяли бы намъ вполнѣ опредѣленно, а не на основаніи одного лишь вѣроятія, проводить паралель между клиническими и анатомическими явленіями. И въ мозгахъ съ друзами мы находимъ склерозъ болѣе крупныхъ сосудовъ.

Отъ Fischer'овской пресбіофреніи нельзя еще пока отграничить болѣзнь Alzheimer'a, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ рано начинающимся слабоуміемъ въ смыслѣ спутанной пресбіофреніи, которая однако въ нѣсколько лѣтъ ведетъ къ чрезвычайно глубокому слабоумію съ афазическими, агностическими и апрактическими симптомами и въ концѣ концовъ къ смерти. Въ видѣ исключенія болѣзнь можетъ развиться и въ сорокъ съ небольшимъ лѣтъ. Анатомическая картина качественно соотвѣтствуетъ почти пресбіофреніи, но отличается большой интенсивностью: общее перерожденіе мозга съ разрушеніемъ фибриллей и многочисленными друзами; однако сюда же причисляютъ случаи, гдѣ отсутствуетъ тотъ или другой изъ этихъ признаковъ

Затѣмъ, Kraepelin причисляетъ къ старческому слабоумію старческое запустѣніе мозга, обусловленное артеріосклерозомъ болѣе тонкихъ сосудовъ, вслѣдствіе чего къ слабоумію присоединяются грубые мозговые симптомы. Я не понимаю, почему нельзя эту форму причислить къ артеріосклеротическому психозу, вѣдь и при немъ почти всегда наблюдается общая атрофія мозга.

Теченіе простой dementia senilis почти всегда очень медленное, оно можетъ тянуться больше десяти лѣтъ. Слабость развивается очень постепенно; не всегда удается даже опредѣлить, съ какого года старость стала болѣзнью. Съ небольшими колебаніями слабоуміе и физическая слабость постепенно усиливаются; глубокихъ ремиссій здѣсь трудно ожидать.

Параноидныя формы съ яснымъ сознаніемъ тоже протекаютъ очень хронически, однако тутъ колебанія въ смыслѣ бредовыхъ идей нѣсколько сильнѣе и чаще, такъ что довольно сносныя состоянія могутъ смѣняться совсѣмъ бредовыми.

Пресбіофреническія толчкообразныя ухудшенія съ полной спутанностью могутъ появиться очень рано и иногда пройти черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ, такъ что Wernicke напр. считаетъ это выздоровленіемъ. Однако, если больные и не умираютъ въ скорости, нужно ждать новыхъ и окончательныхъ обостреній.

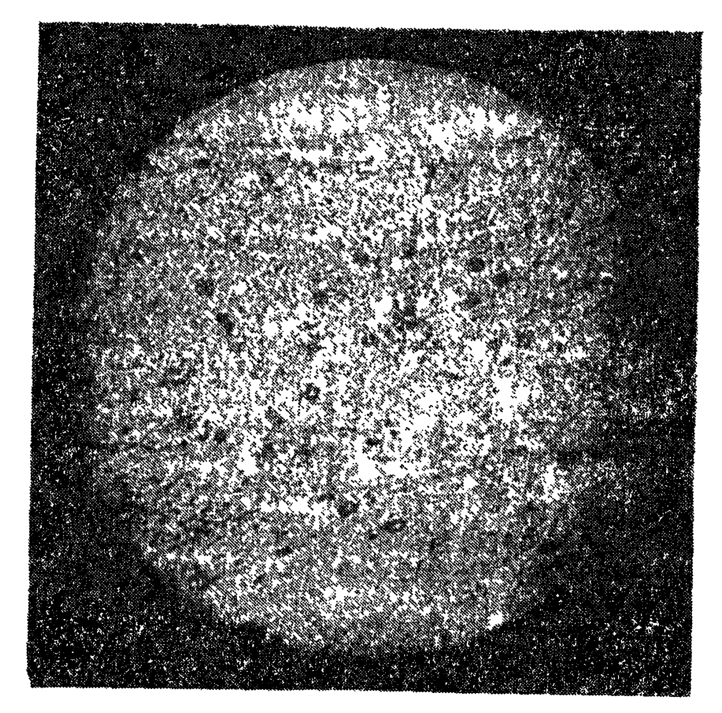


Рис. 14.
Пресбіофренія. Друзы въ мозговой корѣ.

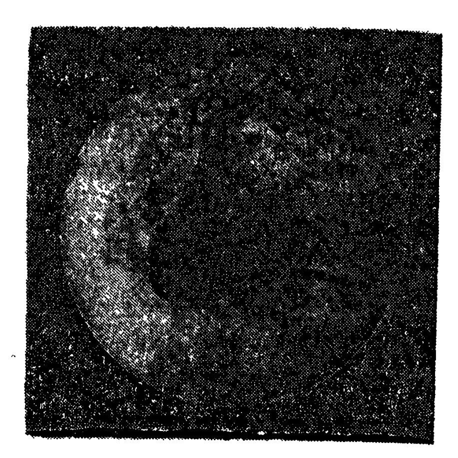


Рис. 13. Пирамидная клѣтка при простой dementia senilis. Хорошо сохранившіяся фибрилли (на препаратѣ онѣ представляются болѣе ясными) образуютъ сѣть вокругъ жировыхъ капель, заполняющихъ и выпячивающихъ часть клѣтки.

Старческія маніи и меланхоліи могутъ пройти совсѣмъ, маніи довольно часто, меланхоліи рѣже. Все же и послѣднія во многихъ случаяхъ наклонны улучшаться. Однако послѣ нихъ остается старческое слабоуміе, хотя нерѣдко оно мало выражено. Какъ и при прогр. параличѣ аффективныя формы имѣютъ наклонность къ болѣе длительнымъ измѣненіямъ аффекта въ томъ смыслѣ, что послѣ бурнаго періода остается легкое эйфорическое или депрессивное настроеніе. Старческая меланхолія можетъ годами, до самой смерти, оставаться на одной и той же высотѣ меланхолическаго настроенія.

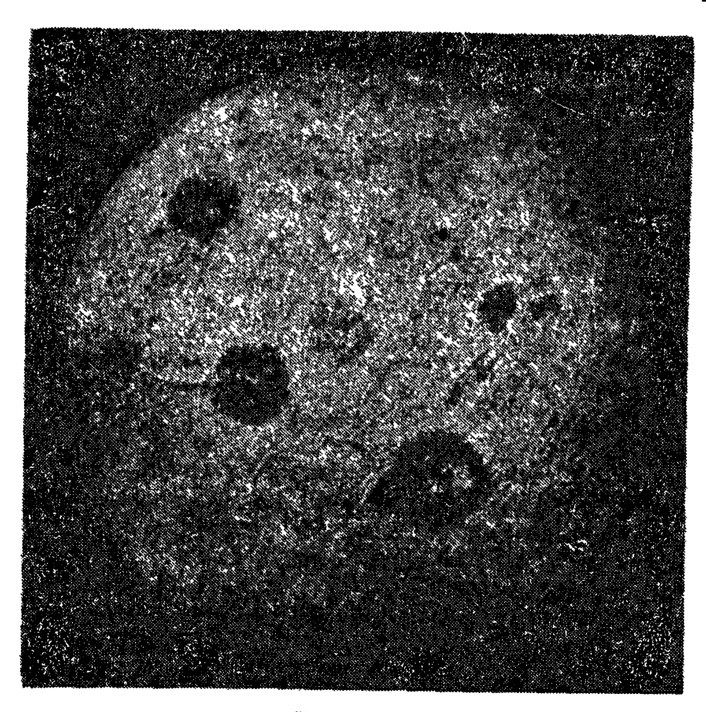


Рис. 15
Пресбіофренія. Друзы. Сильное увеличеніе.

Пресбіофреническія формы исчерпываютъ себя большею частью въ теченіе года или двухъ, часто спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ того, какъ болѣзнь стала явной. Чѣмъ острѣе случай, тѣмъ скорѣе можно ждать колебаній; нѣкоторыя болѣе медленныя формы протекаютъ вполнѣ прямолинейно до самой смерти.

Рис. 16. Мозговая кора при пресбіофреніи. a. Разрѣзы большихъ друзъ. b. Перерожденныя свалянныя вмѣстѣ фибрилли. c. Склееныя въ видѣ петлеобразнаго каната фибрилли, представляющія остатокъ ганглiозной клѣтки.



Рис. 17. Нормальная клѣтка коры. Фибриллярная окраска.

Анатомически старческое слабоумiе представляетъ разлитое уменьшенiе нервныхъ центровъ въ цѣломъ. Извилины какъ при прогр. параличѣ сужены, неровны на поверхности, желудочки расширены, весь мозгъ къ перiоду смерти такъ же сильно уменьшается, какъ и при артерiосклерозѣ.

Мягкая мозговая оболочка мутна, но собственно не сращена и не инфильтрирована.

Ганглiозныя клѣтки исчезаютъ различнымъ образомъ. Онѣ распадаются, жирно или пигментно перерождаются; въ нихъ образуются вакуоли. Глiя гипертрофируется, но больше въ смыслѣ количества, чѣмъ толщины отдѣльныхъ элементовъ. Въ отличiе отъ прогр. паралича клѣтки остаются

большею частью малыми и нѣжными, а волокна тонкими; митозы видны рѣдко (за исключеніемъ острыхъ очаговъ). При этомъ находятъ конечно продукты и клѣтки разложенія.

Значеніе друзъ (сферотрихія по Fischer'у, старческія plaques по Simchowicz'у) ни сколько еще не выяснено. Мы имѣемъ дѣло съ образованіями, которыя то кажутся нитевидными, то свaливаются въ клубки, включая въ себя измѣненные нѐрвные и гліозные элементы; они образуютъ большею частью конгломераты, которые могутъ размѣрами значительно превосходить гангліозную клѣтку, и разсѣяны по всему мозгу.

Въ значительной части этихъ случаевъ съ друзами мы видимъ сильное заболѣваніе фибриллей, чего мы не видимъ при обыкновенномъ старческомъ слабоуміи. Фибрилли набухаютъ и сливаются въ неправильныя формы. Иногда, напр. при Alzheimer'овской болѣзни, онѣ образуютъ своеобразные свернутые клубки.

„Старческій артеріосклерозъ" задѣваетъ какъ будто главнымъ образомъ сосуды, идущіе отъ ріа въ кору, они постепенно закупориваются вслѣдствіе размноженія клѣтокъ. Въ виду этого ни кровоизліянія, ни размягченія не относятся къ картинѣ болѣзни, а развивается лишь разлитое запустѣніе коры.

Причины старческаго слабоумія еще совсѣмъ темны, во всякомъ случаѣ здѣсь играетъ роль наслѣдственное предрасположеніе. Maximum заболѣваній приходится на возрастъ между 65 и 80 годами. Болѣзнь поражаетъ оба пола приблизительно одинаково.

Раннее изсяканіе трофической энергіи мозга нѣсколько чаще встрѣчается у идіотовъ и имбециловъ; я неоднократно видѣлъ случаи, гдѣ въ 40 лѣтъ развивалась атрофія мозга съ явными симптомами.

Binswanger признаетъ существованіе dementia praesenilis: люди, до того вполнѣ развитые въ смыслѣ душевномъ, становились въ 40-50 лѣтъ все болѣе и болѣе неспособными къ работѣ и аффективно, казалось, тупѣли. Повидимому рѣчь идетъ о наблюденіяхъ, аналогичныхъ съ нашими.

Алкогольное отравленіе тоже ведетъ къ преждевременной атрофіи мозга; въ началѣ эти формы ясно отличаются легкомысленной эйфоріей и быстрой душевной подвижностью, свойственной алкоголикамъ, однако въ дальнѣйшемъ эти симптомы исчезаютъ или покрываются развитіемъ старчества, такъ что въ позднѣйшихъ стадіяхъ эту болѣзнь уже нельзя отличить отъ обыкновеннаго старческаго слабоумія. Forel назвалъ этотъ типъ dementia alcoholica senilis. Далѣе, маніакально-депрессивные больные наклонны къ ранней атрофіи мозга съ артеріосклерозомъ или безъ него; они поэтому часто застряваютъ въ больницахъ, такъ какъ старческіе симптомы накладываютъ печать патологическаго и на спокойные промежутки.

Болѣзни сердца тоже можетъ быть являются виной разстройства питанія мозга.

Поводомъ къ взрыву болѣзни служатъ нерѣдко острыя ослабляющія болѣзни, плевритъ, переломъ шейки бедра и т. п.

Дифференціальный діагнозъ. Самое трудное въ діагнозѣ это отграниченіе отъ нормальной старости. Граница проводится произвольно. Въ судебно-медицинскихъ случаяхъ нужно

считаться съ практическими моментами; ceteris paribus нужно будетъ крупнаго комерсанта объявить больнымъ и недѣеспособнымъ при меньшихъ разстройствахъ, нежели поденщика. Въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ даже одна — другая невинная бредовая идея еще не побудитъ насъ объявить человѣка душевнобольнымъ съ практической точки зрѣнія, между тѣмъ въ медицинскомъ смыслѣ всѣ эти случаи столь же больны, какъ и тѣ, что страдаютъ значительными измѣненіями настроенія.

Отъ артеріосклеротическаго психоза болѣзнь отличается отсутствіемъ артеріосклеротическихъ и мѣстныхъ явленій, болѣе общимъ пораженіемъ всѣхъ функцій, большимъ постоянствомъ теченія. Частая комбинація обѣихъ болѣзней можетъ однако причинить затрудненія, къ счастью больше теоретическаго свойства.

Пресбіофреническій бредъ (delirium) часто сравниваютъ съ алкогольнымъ. Отчасти онъ пріобрѣтаетъ соотвѣтственную окраску благодаря сопутствующему алкоголизму. Большею частью однако мы имѣемъ дѣло съ неудовлетворительнымъ разграниченіемъ. Не всякій бредъ съ зрительными галлюцинаціями есть алкогольный делирій. Чтобы поставить такой діагнозъ, нужно чтобы всѣ или по крайней мѣрѣ большинство симптомовъ были характерны. Прежде всего, однако, состояніе сознанія и скорость реакціи настолько различны въ обѣихъ болѣзняхъ, что діагнозъ можно большею частью поставить по первому взгляду: алкоголика можно гораздо скорѣе заставить прійти въ себя, у него живое осмышленіе и быстрыя реакціи; старчески спутанный больной рѣдко вступаетъ въ правильный контактъ съ окружающимъ и медленно осмышляетъ. Діагнозу помогаетъ еще, можетъ быть, аффективный контактъ, который рѣдко пропадаетъ у сенильнаго больного, какъ бы онъ ни былъ спутанъ, и который очень неудовлетворителенъ у спутаннаго алкоголика. Разницу между пресбіофреническимъ суетливымъ усердіемъ и алкогольнымъ бредомъ занятія нужно разъ видѣть, и тогда ее легко узнать.

И отъ алкогольной Корсаковской болѣзни старческій бредъ отличается главнымъ образомъ способностью къ живымъ реакціямъ, настроеніемъ, часто также возрастомъ.

Старческая натура меланхолическихъ и маніакальныхъ состояній распознается по органическимъ признакамъ болѣзни, неустойчивости аффектовъ, нелѣпости бредовыхъ идей и т. д. Иногда слабость памяти проявляется тѣмъ, что аффекты оказываютъ на нее ненормальное воздѣйствіе. Меланхоликъ въ періодъ начинающейся старости, у котораго память еще производитъ впечатлѣніе вполнѣ сохранившейся, и который еще довольно работоспособенъ, можетъ обратить на себя вниманіе тѣмъ, что онъ забываетъ (а не выключаетъ) всѣ пріятныя переживанія, въ то время какъ онъ хорошо помнитъ все, что соотвѣтствуетъ его настроенію.

Лѣченіе. Что можно сдѣлать въ смыслѣ профилактики старческаго слабоумія, мы не знаемъ; можно только избѣгать всего, что вредно для нервовъ, особенно алкоголя. Кромѣ того врачъ долженъ стараться не вызывать случайныхъ поводовъ болѣзни. Стариковъ съ переломами шейки бедра нужно по возможности не слишкомъ долго держать прикованными къ постели.

Разъ развившуюся болѣзнь нельзя конечно вылѣчить.

Симптоматологически см. общія начала лѣченія старческихъ психозовъ.

VIII. Тиреогенные психозы.

Психозы при Базедовой болѣзни.

Базедова болѣзнь не рѣдко сопровождается психозами, которые однако не представляютъ чего либо единаго. Основное страданіе часто сопровождается истеріями; наблюдающіеся часто неврастеннподобные синдромы могутъ стать настолько тяжелыми, что параличъ энергіи пріоорѣтаетъ характеръ психоза. Кромѣ того бываютъ депрессіи со страхами и легкія маніи. Наиболѣе часты все же состоянія, напоминающія кататонію, съ возбужденіями, диссоціацією мысли, смутными, иногда символизированными бредовыми идеями, галлюцинаціями слуховыми и зрительными, иногда также обонятельными и вкусовыми, а можетъ быть даже галлюцинаціями тѣлесныхъ ощущеній. Я не могу ни по описаніямъ, ни по тѣмъ немногимъ случаямъ, которые я самъ видѣлъ, съ увѣренностью отграничить ихъ отъ кататоническихъ состояній, такъ какъ различіе заключается только въ отсутствіи опредѣленной шизофренической окраски. Аффективная сфера сохраняетъ большую живость, ходъ мыслей не такъ разлаженъ, кататоническіе симптомы рѣдки или недостаточно выражены и т. д. Все это можетъ наблюдаться и у больныхъ безъ Базедова, впадающихъ съ теченіемъ времени въ типичное шизофреническое слабоуміе.

Истерическіе и неврастеническіе синдромы улучшаются большею частью параллельно съ Базедовыми симптомами. Депрессивныя и маніакальныя формы могутъ и такъ пройти и рѣдко сопутствуютъ болѣзни цѣликомъ, хотя конечно рѣдко когда не бываетъ измѣненій настроенія. Кататоноподобная форма какъ будто склонна улучшаться, однако можетъ протекать безъ колебаній и легко становится неизлѣчимой.

Л ѣ ч е н і е причинно, поскольку это относится къ Базедову, и симптоматично по отношенію къ частнымъ психическимъ синдромамъ.

Миксэдема

(Cachexia strumipriva).

Если вырѣзать полностью щитовидную железу, или если она сильно бываетъ поражена анатомически или функціонально, возникаетъ вполнѣ опредѣленная — физически и психически — симптоматическая картина. Подкожная клѣтчатка разрастается и перерождается специфическимъ образомъ. Кожа вездѣ, особенно на лицѣ, на тылѣ ладони и стопы, становится толстой, одутловатой, даже носъ и языкъ утолщаются. Лицо вслѣдствіе этого становится неуклюжимъ. При надавливаніи пальцемъ не остается ямки, какъ при обыкновенномъ отекѣ. Кожа пріобрѣтаетъ грязновато блѣдный оттѣнокъ; она становится сухой, легко шелушится; волосы на головѣ, и особенно на тѣлѣ, выпадаютъ; зубы тоже становятся ломкими или выпадаютъ; конечности холодѣютъ; температура тѣла падаетъ ниже нормы; пульсъ становится рѣдкимъ, слабымъ.

Всѣ движенія замедляются, особенно мимика; вслѣдствіе этого выраженіе лица становится еще тупѣе. Болѣе тонкія движенія иногда разстраиваются также координаторно, такъ напр. писаніе. Голосъ дѣлается скрипучимъ. Мышечная сила уменьшается, чувствительность притупляется; иногда развивается непосредственное ослабленіе слуха. Къ этому легко присоединяются парэстезіи, особенно головная боль, затѣмъ чувство онѣмѣнія въ членахъ.

Главнымъ психическимъ симптомомъ является замедленіе всѣхъ процессовъ, мышленія, рѣшеній, а особенно претворенія послѣднихъ въ движенія; даже совершенно простыя функціи могутъ требовать для своего выполненія во много разъ больше времени, чѣмъ въ нормѣ, напр. заложить руки за спину продолжалось 45 секундъ (Wagner v. Jauregg). Память на свѣжія событія становится плохой. Больные замѣчаютъ свое состояніе, и поэтому ихъ настроеніе подавленное; иногда наблюдаются настоящія депрессіи, однако остальные аффекты опредѣленно сохраняются. Иногда къ этому присоединяются неудовольствіе и недовѣрчивость, которая можетъ дойти до бредовыхъ идей. Въ тяжелыхъ случаяхъ появляются также иллюзіи и галлюцинаціи слуховыя, зрительныя, обоня-

тельныя и вкусовыя, иногда даже навязчивыя состоянія. Самыя тяжелыя формы переходятъ въ концѣ въ галлюцинаторную спутанность; вмѣстѣ съ тѣмъ физическія силы падаютъ, и больные умираютъ часто въ судорогахъ.

Лѣченіе. Симптомы исчезаютъ полностью при постоянномъ употребленіи щитовидной железы, лучше всего въ видѣ покупныхъ таблетокъ. Сначала даютъ 0,1 до 0,3 железы, при этомъ нужно тщательно слѣдить за состояніемъ силъ и сердца. Если нужно, можно дозу увеличить. Если болѣзнь устранена, нужно попытаться установить минимальную дѣйствительную дозу.

Эндемическій и спорадическій кретинизмъ.

Если щитовидная желѣза отсутствуетъ или недостаточно функціонируетъ уже въ дѣтствѣ, развивается опредѣленная форма идіотіи. У этихъ дѣтей развивается неповоротливость въ физической и психической сферѣ; въ мышленіи и движеніяхъ они медленны и неловки. Иниціатива уменьшена, въ очень тяжелыхъ случаяхъ совсѣмъ отсутствуетъ. Больные сохраняютъ однако настроеніе, остаются добродушными, хотя иногда бываютъ упрямы. У большинства замѣчается извѣстная боязливость, въ этомъ отчасти лежитъ причина, что эти дѣти поздно начинаютъ ходить; однако развитіе рѣчи тоже идетъ съ трудомъ. Дефекты умственные, согласно нынѣшнему состоянію нашихъ знаній, нехарактерны въ сравненіи съ другими формами олигофреніи, въ которой они образуютъ подгруппу съ этіологической точки зрѣнія. Подробное изложеніе можно такимъ образомъ найти попутно въ главѣ XVII. У больныхъ слишкомъ мало ассоціацій; недостаточный кругозоръ; всю жизнь они производятъ впечатлѣніе неумныхъ дѣтей. Вслѣдствіе своей неловкости и недостатка иниціативы они могутъ исполнять только легкія работы. Память остается хорошей, поскольку больные воспринимаютъ окружающія событія. Они любятъ, боятся и ненавидятъ, руководясь опытомъ, живо интересуются окружающимъ, и благодарны, когда ими занимаются; аффективное отношеніе къ нимъ можетъ быть до-



Рис. 18. Кретинка 30 лѣтъ. Ростъ 112 cm.

вольно хорошимъ. Половое влеченіе въ болѣе высокихъ степеняхъ болѣзни слабо выражено или равняется нулю. Въ отдѣльныхъ случаяхъ присоединяются недовѣрчивость, бредъ преслѣдованія, галлюцинаціи; однако эти добавочные психозы — они большею частью носятъ хроническій характеръ — вовсе не часты.

Въ соматическомъ отношеніи обращаетъ на себя вниманіе прежде всего малый ростъ. Нѣкоторые ихъ этихъ больныхъ не достигаютъ даже метра. Аномалія эта приблизительно одинаково



Рис. 19. Двѣ кретинки въ профиль.
Ростъ (лѣвой) 118, (правой) 120ctm. Возрастъ 50 и 49 лѣтъ.

задѣваетъ и туловище, и конечности, хотя конечности иногда кажутся особенно короткими. Характерно строеніе черепа и лица. Основаніе черепа остается короткимъ, корень носа углубленъ и широкъ, носъ очень коротокъ, иногда его длина меньше ширины. Рѣшетчатая кость ненормально широка, вслѣдствіе чего увеличивается также разстояніе между глазами. Верхняя челюсть часто остается сравни-

тельно короткой. Кожа въ юности имѣетъ всѣ признаки микседемы (см. предыдущій отдѣлъ). Wagner v. Jauregg и Schlagenhauer нашли въ подкожной клѣтчаткѣ вещество, которое особо красится; въ остальномъ оно еще не изучено. Годамъ къ 30-40 микседема иногда исчезаетъ, кожа тогда становится морщинистой. Однако и до того уже часто имѣются рѣзкія лобныя горизонтальныя складки. Половые органы, равно какъ вторичные половые признаки, развиваются въ анатомическомъ и функціональномъ отношеніи поздно или остаются совсѣмъ въ дѣтскомъ состояніи; менструаціи могутъ отсутствовать; у мужчинъ борода слабо ростетъ или большею частью вовсе отсутствуетъ; голосъ грубый, скрипучій. Во многихъ случаяхъ имѣется тугость слуха или глухота, отчасти отъ средняго уха, отчасти лабиринтнаго происхожденія. При эндемическомъ кретинизмѣ признаки атиреоидизма въ среднемъ менѣе выражены; особенно ростъ не такъ малъ. Мозговой придатокъ во многихъ случаяхъ увеличенъ, однако не всегда. Большею частью находятъ большій или меньшій зобъ; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ щитовидная железа уменьшена, она можетъ и совсѣмъ отсутствовать. Послѣднее обычно наблюдается при **спорадическомъ кретинизмѣ**.

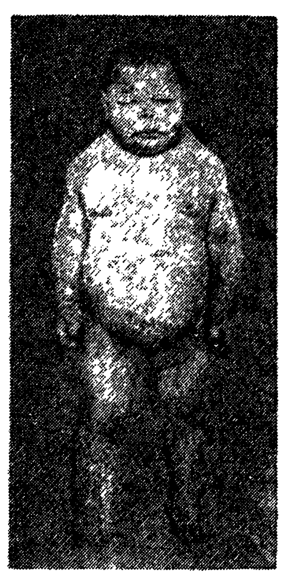


Рис. 20.
Очень микседематозная кретинка. Возрастъ 44 года. Ростъ 99 ctm.

Можно выдѣлять различныя формы по степенямъ и соотношеніямъ въ отдѣльныхъ случаяхъ. Крайности представляютъ: чисто соматическіе кретины, чисто психическіе, глухонѣмые и затѣмъ тѣ случаи, гдѣ всѣ три группы симптомовъ одинаково сильно выражены. Глухонѣмыхъ (чисто) обыкновенно не причисляютъ къ кретинамъ, хотя по всему, что мы знаемъ, они относятся къ этой категоріи; однако въ отдѣльномъ случаѣ ихъ невозможно отграничить отъ другихъ формъ врожденной глухоты. По степенямъ различаютъ **полныхъ кретиновъ**, **полукретиновъ** и **кретиноидовъ** или **кретинозныхъ**.



Рис. 21. Кретинка съ состояніями возбужденія. Большею частью раздражительна. Отсюда выраженіе лица (рѣдкое для кретинки) дерзкое, вызывающее. Умѣла только издавать хрюкающіе звуки, но десятки лѣтъ подрядъ ухитрялась водить за носъ вновь поступающихъ врачей выдуманными болѣзнями. Потребность во вниманіи и выдѣленіи собственной личности.

Теченіе. Отдѣльные больные уже рождаются кретинами; большею частью однако болѣзнь

можно замѣтить въ теченіе перваго или второго года, затѣмъ въ нѣсколько лѣтъ она достигаетъ высоты и останавливается. Больные въ психическомъ отношеніи остаются дѣтьми; физическіе опознательные пункты для оцѣнки возраста въ высшей степени затушевываются. Самой большой перемѣной является исчезновеніе миксэдемы въ болѣе легкихъ случаяхъ. Больные обладаютъ малой сопротивляемостью по отношенію къ другимъ болѣзнямъ и рѣдко доживаютъ до глубокой старости. Иногда атрофія мозга съ симптомами dementia senilis развивается очень рано; мнѣ удавалось діагносцировать ее уже въ сороковыхъ годахъ.

Патологія. Нѣтъ сомнѣнія, что часть симптомовъ кретинизма, особенно физическіе, представляютъ слѣдствіе гипо—нли афункціи щитовидной железы. Миксэдема идентична съ таковыми же явленіями при атиреоидизмѣ. При спорадическомъ кретинизмѣ щитовидная железа большею частью совсѣмъ отсутствуетъ или имѣется только въ рудиментарномъ видѣ. Эндемическій кретинизмъ наблюдается только въ зобныхъ мѣстностяхъ. Посредствомъ лѣченія щитовидной железой можно добиться улучшенія всѣхъ явленій. Съ другой стороны бросается въ глаза, что психическіе симптомы не идутъ параллельно съ физическими. Попадаются физическіе — и въ высокой степени — кретины, которые психически развиты еще недурно. Мы встрѣчаемъ, кромѣ того, въ зобныхъ мѣстностяхъ имбециликовъ, которые психически носятъ характеръ кретинизма, но физически хорошо развиты. Тугость слуха и глухота, поражающія въ эндемическомъ кретинизмѣ почти половину больныхъ, отсутствуютъ въ другихъ формахъ атиреоидизма, но часто встрѣчаются въ зобныхъ мѣстностяхъ и у не кретиннаго населенія. Нужно предположить поэтому, что между зобомъ, психическимъ кретинизмомъ и тугостью слуха имѣется еще промежуточное этіологическое звено, или же оба эти явленія возникаютъ параллельно на почвѣ общей причины. Wagner v. Jauregg полагаетъ, что играетъ роль не только количественное, но и качественное разстройство функціи щитовидной железы.

Остановка въ ростѣ костей находится въ связи съ очень позднимъ окостенѣніемъ діафизныхъ хрящей (до сорока лѣтъ) и продолжительнымъ незаростаніемъ родничковъ.

Причины эндемическаго кретинизма равно какъ и зоба намъ еще неизвѣстны. Существуетъ какая то связь съ питьевой водой, но въ чемъ она состоитъ, мы не знаемъ. Вѣроятно, тутъ играютъ роль и другіе моменты. Общее улучщеніе соціальныхъ и гигіеническихъ условій само по себѣ безъ другихъ перемѣнъ ведетъ за собой уменьшеніе кретинизма. Ученики Silberschmidt'a опредѣленно доказали, что теорія Bircher'a о значеніи извѣстныхъ геологическихъ формацій не вѣрна. Въ новѣйшее время стали думать объ инфекціи отъ человѣка къ человѣку или о переносѣ ея посредствомъ заразительной матеріи, прилипающей къ дому, грязной постели.

Спорадическій кретинизмъ имѣетъ различныя, точнѣе не изученныя, причины. Большею частью атиреоидизмъ представляетъ врожденное явленіе; однако щитовидная железа можетъ пострадать и впослѣдствіи, напр. вслѣдствіе инфекціонныхъ болѣзней. Атирео-

идизмъ можетъ наблюдаться повсюду, однако повидимому особенно часто встрѣчается въ отдѣльныхъ мѣстностахъ, напр. въ Англіи. Въ кретинныхъ мѣстностяхъ его врядъ ли можно діагносцировать.

Дифференціальная діагностика въ выраженныхъ случаяхъ очень легка; кто разъ видѣлъ кретина, тотъ всегда узнаетъ этотъ типъ. Раньше это понятіе не было такъ ясно и понималось широко, сюда причисляли также другія формы идіотіи съ физическими неправильностями развитія. Монголоидовъ, имѣющихъ тоже широкій корень носа, въ юности можно смѣшать съ легкими формами кретинизма; однако ихъ жировой слой имѣетъ другой характеръ, нежели миксэдема. Въ дальнѣйшемъ они въ отличіе отъ кретиновъ становятся очень живыми. Наносомія, нанизмъ — это малый ростъ всего тѣла, безъ сильнаго нарушенія пропорцій и самъ по себѣ не сопровождающійся идіотіей; микромеліей называется остановка въ ростѣ главнымъ образомъ однѣхъ лишь конечностей; рахитъ плода причиняетъ обезображиванія совершенно другого рода и не имѣетъ подобно только что приведеннымъ формамъ миксэдематознаго перерожденія подкожной клѣтчатки.

У дѣтей кретиновъ лѣченіе можетъ еще много дать. Нужно давать щитовидную железу по 0,5 ежедневно или черезъ день, у большихъ дѣтей конечно соотвѣтственно больше. При такомъ лѣченіи больные могутъ физически развиваться совершенно нормально; душевное состояніе однако часто страдаетъ, хотя тоже улучшается; у старшихъ кретиновъ можно добиться большей живости, но не улучшенія интеллекта. Ростъ тѣла можетъ начаться и къ тридцати годамъ. Интересно, что при эндемическомъ кретинизмѣ лѣченіе тиреоидиномъ оказываетъ длительный эффектъ, а въ спорадическомъ, гдѣ железа совсѣмъ отсутствуетъ, нужно давать лѣкарство, не переставая.

Очень важна во всякомъ случаѣ правильная гигіена.

IX. Шизофреніи (Dementia praecox).

Послѣ того, какъ изъ „функціональныхъ психозовъ" былъ выдѣленъ прогр. параличъ, за которымъ сами собою послѣдовали другія органическія формы, теоретическая психіатрія въ теченіе семидесяти лѣтъ совершенно безпомощно стояла передъ хаосомъ наиболѣе часто встрѣчающихся душевныхъ болѣзней. Не было извѣстно, какія симптоматическія картины между собою связаны; видно было, что изъ острыхъ состояній одни выздоравливали, другіе переходили во „вторичное слабоуміе" и „вторичное помѣшательство", однако не было извѣстно, какія именно. На практикѣ правда ставили прогнозы, не такъ удачно, какъ сейчасъ, но все же не наобумъ, если при этомъ опирались на личный опытъ, основанный на внимательномъ наблюденіи; однако прогнозъ не имѣлъ теоретическаго обоснованія, а если имѣлъ, то ложное. Первый, кто съ сознаніемъ опредѣленной цѣли и ведущаго къ ней пути пытался выбраться изъ тумана былъ Kahlbaum; онъ опредѣленно заявилъ, что обычныя симптоматическія группы, которыя считали болѣзнями, большею частью представляютъ лишь „болѣзненныя состоянія", и что за

ними надо искать настоящихъ болѣзней Въ качествѣ настоящихъ болѣзней онъ счелъ себя вправѣ выдѣлить кататонію, гебефренію и гебоидъ (1863 — 1900), кромѣ того онъ уже подмѣтилъ внутреннее родство этихъ по внѣшности столь различныхъ формъ. Однако, проведенныя имъ границы были слишкомъ узки; каждый на основаніи своего опыта долженъ былъ ихъ переступать. Вслѣдъ за этимъ, Kraepelin въ 1896 году выдѣлилъ двѣ принципіально различныя группы: психозы, ведущіе къ слабоумію (позднѣйшая dementia praecox), и періодическій психозъ (позднѣе маніакально-депрессивный). Въ то время какъ послѣдній представляетъ болѣзнь, острые синдромы которой могутъ совершенно пройти, первая группа включала въ себя въ началѣ тѣ острые психозы, которые переходятъ во вторичныя состоянія. Однако, оказалось, что съ этими неблагопріятными формами тожественна извѣстная часть болѣзней, протекающихъ съ самаго начала хронически, и разсматривавшихся раньше подъ другимъ угломъ; кромѣ того сюда же отнесли значительную часть психозовъ, не ведущихъ къ слабоумію, которые въ началѣ остраго періода вполнѣ походятъ на злокачественныя формы, а въ послѣдовательныхъ состояніяхъ обнаруживаютъ при внимательномъ наблюденіи болѣе или менѣе выраженныя аномаліи, которыя только количественно отличаются отъ тяжелыхъ вторичныхъ формъ. Всѣ эти картины болѣзни обнаруживали общіе симптомы, которые могли группироваться въ отдѣльномъ случаѣ по разному, но постоянно повторяли опредѣленные типы. Во второй группѣ эти признаки отсутствовали, въ то время какъ психозы, ведущіе къ слабоумію, могли проявлять отдѣльные симптомы другой группы. Прогнозъ отдѣльнаго приступа періодическаго психоза такимъ образомъ можно сказать всегда хорошъ, а прогнозъ отдѣльнаго приступа dementia praecox вовсе не всегда плохой, такъ какъ въ очень многихъ случаяхъ, когда обостреніе стихаетъ, лишь небольшія измѣненія психики свидѣтельствуютъ о болѣзни. Эти особенности представляются однако тожественными и въ тяжелыхъ и въ легкихъ случаяхъ, т. е. прогнозъ тенденціи одинъ для всей группы, между тѣмъ какъ степень возможнаго слабоумія, прогнозъ протяженія, не опредѣляется однимъ распознаваніемъ болѣзни.

Итакъ, dementia praecox можетъ остановиться въ любой стадіи, многіе ея симптомы могутъ въ значительной степени или совсѣмъ сгладиться; однако, если она идетъ впередъ, она ведетъ къ слабоумію и къ слабоумію опредѣленнаго характера.

Выдѣленіе маніакально-депрессивной группы и группы dementia praecox представляетъ наиболѣе значительный успѣхъ, какой когда либо оказывала систематическая психіатрія. Лишь оно дало возможность изучать большинство функціональныхъ психозовъ съ точки зрѣнія патологическихъ единицъ. Наряду съ ними имѣется, правда, неопредѣленное количество „функціональныхъ“ психозовъ, мѣсто которыхъ еще совершенно неясно. Однако, относящіеся сюда случаи относительно рѣдки; лишь разграниченіе двухъ большихъ группъ дало прочную точку опоры, которая въ свою очередь даетъ возможность взяться за упомянутые менѣе многочисленные психозы. Прежде всѣ попытки были безнадежны. Путаница психіатрической діагно-

стики была такъ велика, что не было двухъ авторовъ, которые съ однимъ и тѣмъ же именемъ связывали бы одно и то же понятіе, и во время дебатовъ по этому вопросу регулярно одинъ другого не понималъ. Такъ какъ, кромѣ всего, и названіе dementia praecox давало поводъ къ недоразумѣніямъ (болѣзнь не обязательно ведетъ къ слабоумію и не всегда наступаетъ преждевременно), я предпочитаю названіе шизофренія.

Хотя мы еще не можемъ провести внутренняго подраздѣленія по естественнымъ признакамъ, мы все же не считаемъ шизофренію болѣзнью въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова, а группой болѣзней, аналогичной скажемъ группѣ органическихъ болѣзней, распадающейся на прогр. параличъ, старческія формы и т. д. Поэтому нужно по настоящему говорить о шизофреніяхъ во множественномъ числѣ. Болѣзнь протекаетъ то хронически, то этапами, можетъ остановиться въ любой стадіи или частично подвергнуться обратному развитію, но не даетъ полной restitutio ad integrum. Она характеризуется специфическимъ, нигдѣ больше не встрѣчающимся пораженіемъ мышленія и чувства и отношеній къ внѣшнему міру. Кромѣ того, обычное явленіе представляютъ добавочные симптомы, отчасти съ специфической окраской.

A. Простыя функціи.

Изъ **основныхъ симптомовъ** особенно важны разстройства **ассоціацій.** Нормальныя сочетанія идей теряютъ свою прочность, ихъ мѣсто занимаютъ всякія другія. Слѣдующія другъ за другомъ звенья могутъ такимъ образомъ не имѣть никакого отношенія одно къ другому: (нѣкоторыя мѣста не переводимы и приведены въ оригиналѣ А. Р.)

„Желуди // и это называется по французски: Au Maltraitage. — // ТАБАКЪ (я тебѣ такъ хорошо видѣлъ.) // Если на каждой линіи что нибудь написано, тогда хорошо! „Теперь ischt albi elfi grąd. Другой — Hü, Hü, Hüst umme nö hä! — // Союзъ каторжныхъ: Burghölzli*) — // Ischt nanig à prés le Manger!? — !? Моя жена была состоятельной.“

Въ этомъ примѣрѣ // обозначаетъ мѣста, гдѣ ходъ мыслей совершенно прерывается; можетъ быть, это происходитъ и въ другихъ мѣстахъ. Онъ поэтому въ цѣломъ становится нелогичнымъ и непонятнымъ. Однако и формальная связь нарушена. Французскій, нѣмецкій діалектъ и итальянско-нѣмецкій языкъ перемѣшиваются безъ видимыхъ основаній. Больной слишкомъ хорошо знаетъ французскій языкъ, такъ что нельзя считать ошибки во французскомъ правописаніи описками; онѣ соотвѣтствуютъ крушенію всего мышленія. Нормальное мышленіе такъ же мало можетъ отвѣтить на вопросъ, почему вдругъ слово „табакъ“ написано прописными печатными буквами, какъ и не можетъ осмыслить остальныхъ безсвязностей.

Другой примѣръ[1]) „Морская вода, глубокое море, подкладка (Unterlage, Interlaken), Давосъ, Швейцарія, я туда иду также, ich hab doch noch Binnensee, прошу, прошу, развѣ мы половодіе (Hochwasser), средняя вода (Binnenwasser) очень холодна и тиха. Открытое море, глубокое море, négligeant“.

---

*) Названіе Цюрихской психіатрической больницы. А. Р.

[1]) Pfersdorff. Группировка рѣчевыхъ ассоціацій. Monschr. f. Psych. u. Neur Bd. XXXI, 1912, стр. 356.

Отсутствіе взаимной связи часто отражается въ отвѣтахъ на вопросы: Почему вы не работаете (въ домашнемъ хозяйствѣ.)? „Вѣдь я не умѣю по французски.“ Здѣсь сохранена только форма отвѣта на вопросъ; содержаніе отвѣта не имѣетъ никакого отношенія къ вопросу.

Иногда не хватаетъ только нѣкоторыхъ изъ тѣхъ многочисленныхъ нитей, которыя руководятъ нашимъ мышленіемъ. Это можетъ отразиться уже въ измѣнчивости и неясности понятій, даже самыхъ обыкновенныхъ: отецъ можетъ говорить о себѣ, какъ о матери своихъ дѣтей. Послѣднее потому напр. вытѣсняетъ правильное понятіе отцовства, что больной какъ разъ говоритъ о любовной заботѣ о дѣтяхъ, а это обычно больше связывается съ представленіемъ о матери; одновременно однако исчезаетъ разница между нимъ самимъ и матерью (его женой).

Въ слѣдующемъ примѣрѣ понятія или обозначающія ихъ слова „земля“ и “шаръ“ особеннымъ образомъ употребляются: больной получаетъ четыре куска картона, изъ которыхъ можно легко сложить церковь. Онъ дѣлаетъ изъ этого безсмысленную фигуру и называетъ это новой землей—новымъ „шаромъ[1])“.

Относительно послѣдовательнаго хода мыслей ср. выше „Брутъ былъ италіянецъ“, гдѣ вмѣсто древняго періода все отнесено къ новому; или: испытываете вы огорченіе?—„Нѣтъ.“ Тяжело вамъ?—„Да, желѣзо тяжело“. Слово „тяжело“ вдругъ употреблено въ физическомъ смыслѣ, истинное соотношеніе не принято во вниманіе. Такимъ образомъ, мышленіе и способъ выраженія пріобрѣтаютъ странный, чудаковатый характеръ. Точно такъ же отрывается отъ настоящаго положенія вешей портниха, когда она говоритъ, что посылаетъ воздушный поцѣлуй всякій разъ, когда увлажняетъ нитку ртомъ.

Неполнота понятій облегчаетъ возникновеніе сгущеній, и они дѣйствительно необыкновенно часты у шизофрениковъ Отдѣльные возлюбленные, отдѣльныя мѣстности перестаютъ раздѣльно различаться; представителемъ всего „собирательнаго понятія“ является то одинъ возлюбленный или мѣстность, то другой. Однако выраженіе „собирательное понятіе“ употреблено здѣсь не въ общепринятомъ смыслѣ. Больной такого рода сгущеніемъ не создаетъ колективныхъ понятій; онъ считаетъ это индивидуальнымъ понятіемъ, и лишь посторонній наблюдатель отдаетъ себѣ отчетъ, что въ этомъ понятіи кроются различныя частности. Примѣръ сгущенія представляетъ также „паровой парусъ“ изъ словъ „пароходъ“ и „парусное судно“, и „trauram“ изъ словъ „traurig“ и „grausam“ или предложеніе „Господь Богъ это корабль пустыни“, гдѣ сведены въ одно нелѣпое предложеніе идеи изъ библіи о Богѣ, пустынѣ, верблюдѣ вмѣстѣ съ почерпнутымъ изъ другого источника образнымъ выраженіемъ для обозначенія полезнаго животнаго.

Часто одно понятіе ставится на мѣсто другого: замѣщеніе (роговидные предметы см. выше).

Одна больная имѣла мѣсто экономки (по нѣмецки Stütze der Hausfrau — опора хозяйки); это мѣсто она бросила съ отвращеніемъ; съ тѣхъ поръ у нея появилось непреодолимое отвращеніе ко всему, что похоже на опору, на палку.

---

[1]) K. Schneider. О нѣкоторыхъ клинико-психическихъ методахъ изслѣдованія и т. д. Ztschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Orig. 8. 1912 стр. 586.

Въ такихъ случаяхъ замѣщеніе возникаетъ черезъ посредство аффекта; однако, оно можетъ возникнуть и любымъ ассоціативнымъ путемъ: можно спутать двухъ мужчинъ, потому что между ними есть какое нибудь сходство; директоръ психіатрической больницы замѣщается попечителемъ воспитательнаго учрежденія. Параноидная больная считаетъ себя бараномъ, т. е. она соединилась со своимъ возлюбленнымъ пасторомъ: пасторъ = Христосъ = ягненокъ = баранъ.

Частный случай замѣщенія представляетъ символъ, играющій большую роль въ dementia praecox, причемъ его примѣненіе носитъ необычный характеръ: больной, самъ того не замѣчая, ставитъ его на мѣсто первоначальнаго понятія; онъ видитъ огонь, его жгутъ, и эти вещи, которыя для здороваго представляютъ символъ любовныхъ мыслей и чувствъ, онъ галлюцинируетъ, какъ реальность. Онъ „слышалъ“, какъ директоръ „показалъ ему языкъ“. Онъ понимаетъ это буквально, хотя онъ лишь галлюцинировалъ, какъ надъ нимъ смѣялись.

Кататоничка слышитъ, какъ аистъ стучитъ у нея въ животѣ; значитъ, она беременна. — Больной есть луна, жена солнце. Жена и солнце олицетворяютъ тору и справедливость; луна — мечъ. Отношеніе жены къ д-ру Б. есть Психея и Амуръ. Жена есть богиня любви, она можетъ исцѣлять больныхъ.

Подобно тому какъ побочныя нити выпадаютъ изъ мышленія, могутъ отсутствовать также цѣлевыя представленія. Въ „Періодѣ цвѣтенія для садовода“ (см. выше) нельзя усмотрѣть никакой цѣли писанія. Часто получаешь письма отъ больныхъ, гдѣ всевозможныя вещи описываются изъ окружающей обстановки, даже надпись на ихъ ручкѣ; но ни читатель, ни самъ больной не знаютъ, зачѣмъ пишутся эти банальнотти. И вообще, больные и устно и письменно излагаютъ понятныя и непонятныя вещи, и совершаютъ всякаго рода немотивированные поступки. При этомъ ходъ мыслей вслѣдствіе этой смѣны цѣлей и внутреннихъ ассоціацій получаетъ сходство со скачкой идей; однако, отсутствіе цѣли сказывается отсутствіемъ аффективнаго тона, въ то время какъ въ скачкѣ идей цѣль мышленія только подвергается частой смѣнѣ.

Вслѣдствіе отсутствія цѣли мышленіе съ такой легкостью сбивается на побочныя ассоціаціи, что иногда руководящими моментами становятся одни звукоподражанія (Schuh-Schönheit). Конечно, кромѣ звукоподражанія на ходъ мыслей повліяла еще какая нибудь идея, однако звукоподражаніе у этой больной не случайность, такъ какъ она (и другія впрочемъ тоже) имѣетъ обыкновеніе производить много подобныхъ ассоціацій.

Иногда ассоціаціи, по внѣшности нелѣпыя, можно объяснить промежуточными звеньями, въ которыхъ больной правда не отдаетъ себѣ отчета, но которыя посторонній наблюдатель можетъ отгадать. Такъ если молодая дѣвушка говоритъ вмѣсто „Stengel“ — „Wadenswill“. Въ „Wädenswill“ она въ „Engel“ познакомилась съ тѣмъ, кто въ болѣзни владѣетъ ея комплексами. Такого рода косвенныя ассоціаціи проступаютъ гораздо яснѣе въ ассоціаціонномъ экспериментѣ, нежели въ обыкновенномъ мышленіи.

Изъ за всѣхъ этихъ разстройствъ мышленіе становится нелогичнымъ, неяснымъ, и даже разлаженнымъ, безсвязнымъ, если имѣется совокупность цѣлаго ряда такихъ ошибокъ. Разлаженность еще увеличивается благодаря своеобразной отвлекаемости: въ разговорѣ больные иногда какъ будто вовсе не отвлекаемы,

или по крайней мѣрѣ съ большимъ трудомъ, они мало обращаютъ вниманія на то, что имъ говорятъ; на перекоръ всѣмъ вставляемымъ вопросамъ продолжаютъ дальше свое, зато какая нибудь случайность, какъ разъ подвернувшаяся, чернильница, шумъ, переводитъ ихъ на другую совершенно не относящуюся къ дѣлу тему. Нормальныя директивы — путемъ вопросовъ извнѣ и цѣлевыхъ представленій изнутри — не въ состояніи удержать ихъ мыслей на вѣрныхъ путяхъ. Если больные впадаютъ въ аффектъ, если они начинаютъ браниться, отвлекаемость часто совершенно пропадаетъ.

Замѣчательна также наклонность къ обобщеніямъ, къ перескакиванію мысли или вообще функціи на другія области. Бредовыя идеи, которыя могли возникнуть только по отношенію къ опредѣленному лицу, переносятся на другое, съ которымъ онѣ уже не имѣютъ никакой внутренней связи. Больного разозлили, онъ сначала отпускаетъ пощечину виновному, а затѣмъ и другимъ, кто какъ разъ находится по близости; какая нибудь стереотипія вызывается сначала опредѣленными обстоятельствами, на почвѣ которыхъ она понятна, затѣмъ она выполняется безъ видимой причины и въ концѣ концовъ затягивается на годы. Задержка, возникшая потому что былъ задѣтъ опредѣленный комплексъ, переходитъ на другія темы, часто на всю психику, и на неопредѣленно долгое время переживаетъ случай, подавшій поводъ къ явленію.

Такимъ образомъ, умозаключеніе страдаетъ въ высокой степени. Логическія операціи надъ неполными или неправильно очерченными понятіями и идеями легко даютъ невѣрные результаты. Отклоненія отъ обычнаго даннаго опытомъ хода мыслей точно также сбиваются большею частью на ложные пути. Когда идеи между собою не связанныя образуютъ всевозможныя сочетанія, результаты всегда получаются невѣрные, особенно это относится къ ежедневнымъ нелѣпымъ мотивировкамъ, гдѣ какая нибудь случайная идея является какъ будто оправданіемъ болѣзненнаго поступка; больной бьетъ стекла, „потому что какъ разъ приходитъ врачъ“; онъ смѣется, „потому что врачъ какъ разъ вынимаетъ вещи изъ ящика“; когда ему указываютъ, что онъ и раньше это дѣлалъ, онъ отвѣчаетъ, что смѣялся, потому что вещи еще были въ ящикѣ. Всевозможныя безобразія больной мотивируетъ тѣмъ, что его держатъ въ больницѣ; безполезно ему говорить, что если есть даже какое либо причинное соотношеніе, то въ обратномъ смыслѣ.

Особенно важно, что при этой ассоціаціонной слабости, какъ и при всякой другой, аффекты пріобрѣтаютъ особенную власть надъ мышленіемъ: вмѣсто логическихъ сочетаній руководящую роль получаютъ желанія и опасенія; такимъ образомъ возникаютъ самыя нелѣпыя бредовыя идеи, открывается дорога чрезвычайно сильному аутистическому мышленію съ его уходомъ отъ дѣйствительности, его тенденціей къ символикѣ, замѣщеніямъ и сгущеніямъ.

Изъ формальныхъ разстройствъ мышленія самыя замѣчательныя это задержки („мысли отнимаются“); онѣ патогномоничны для шизофреніи, когда развиваются слишкомъ легко и часто, или когда принимаютъ слишкомъ общій и длительный характеръ.

Отмѣтить нужно далѣе назойливость мыслей: больному кажется, что онъ долженъ думать, въ немъ „думается“ противъ его воли, ему постоянно „дѣлаютъ“ мысли, при чемъ все это сопровождается большею частью непріятнымъ чувствомъ напряженія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣется наклонность къ персевераціи, больные не могутъ отвязаться отъ одной темы, даже отъ одного или нѣсколькихъ словъ; помимо имѣющаго еще нѣкоторый смыслъ застряванія однѣхъ и тѣхъ же мыслей, такимъ путемъ возникаютъ ряды словъ вродѣ: „любовь, воры, даръ, дама (Liebe, Diebe, Gabe, Dame), имѣть, любовь, воры, дары, дама, имѣть, любовь, воры, забрано, забрано, забрано, забрано, имѣть ...“. Въ такихъ случаяхъ мышленіе большею частью очень убого временно или постоянно. Мы не знаемъ еще, въ какой связи это разстройство находится съ наклонностью къ стереотипіи, которая можетъ проявляться и въ мышленіи, и въ дѣйствіяхъ.

Естественно, при измѣненіяхъ настроенія наблюдаются ускоренная смѣна идей и заторможеніе. Наряду съ этимъ, въ острыхъ случаяхъ нерѣдко бываетъ не депрессивное заторможеніе, которое повидимому обусловливается общимъ затрудненіемъ центральныхъ процессовъ на почвѣ какихъ либо химическихъ или физическихъ неправильностей (напр. мозговое давленіе или набуханіе).

При заторможеніяхъ этого рода, а часто и такъ, мы находимъ ненормально короткія ассоціаціи. У такихъ шизофрениковъ ходъ мыслей очень быстро приходитъ къ концу, мысль не продумывается, какъ слѣдуетъ. Изъ за этого тоже возникаетъ бѣдность мышленія, не столько въ смыслѣ ограниченія темъ, сколько въ смыслѣ неполноты каждой отдѣльной идеи.

Аффективная сфера. Въ болѣе тяжелыхъ формахъ шизофреніи наиболѣе рѣзкимъ симптомомъ является „аффективное отупѣніе“. Въ больницахъ можно постоянно видѣть больныхъ, которые десятками лѣтъ не обнаруживаютъ никакого аффекта, что бы тамъ ни случилось съ ними или съ окружающими. Они не реагируютъ на плохое обращеніе; предоставленные самимъ себѣ они ложатся въ промокшую и промерзшую постель, не обращаютъ вниманія на голодъ и жажду. Необходимо все имъ доставлять и устраивать. Даже по отношенію къ собственнымъ идеямъ они проявляютъ поразительное спокойствіе.

Въ менѣе тяжелыхъ случаяхъ еще приходится видѣть проявленія аффекта, иногда довольно многочисленныя; все же они очень ограничены. Особенно часто мы находимъ еще раздражительность, но зато она патологически усилена. Негативистичеекіе больные, поэтому, внѣ больницы невозможны, такъ какъ они отъ всего приходятъ въ ярость, кричатъ и все бьютъ. Легкіе и скрытые шизофреники сходятъ въ жизни просто за чувствительныхъ и капризныхъ людей, съ которыми каши не сваришь.

Иногда — но далеко не всегда — у женщинъ вообще говоря равнодушныхъ сохраняется еще полностью материнская любовь; при болѣе тѣсномъ общеніи съ рядовыми больными можно еще видѣть многіе аффекты, напр. удовольствіе отъ больничныхъ торжествъ и игръ, смѣхъ отъ остротъ, даже радость отъ художественныхъ пред-

ставленій. Однако, болѣе тонкія ощущенія, основанныя на сложныхъ процессахъ, естественно страдаютъ больше, нежели элементарныя. Этика, повидимому, не особенно бываетъ поражена, хотя она конечно попутно страдаетъ благодаря общему равнодушію и тупости.

Даже тамъ, гдѣ мы видимъ болѣе живые аффекты, все поведеніе носитъ на себѣ отпечатокъ равнодушія, особенно въ важныхъ вещахъ; больные проявляютъ полнѣйшее хладнокровіе по отношенію къ своимъ жизненнымъ интересамъ, къ своему будущему, къ судьбѣ своей семьи, и въ то же время часто съ усердіемъ уничтожаютъ пирожное, принесенное посѣтителями. Ослабленіе аффектовъ не всегда можно замѣтить въ началѣ болѣзни, въ очень легкихъ случаяхъ и въ позднихъ формахъ; наоборотъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ замѣчается повышенная чувствительность въ разныхъ направленіяхъ. Затѣмъ, бываютъ активные шизофреники, которые съ большимъ усердіемъ занимаются устроеніемъ міра или по крайней мѣрѣ улучшеніемъ здоровья человѣчества и т. п. Однако, если присмотрѣться, можно во всѣхъ этихъ случаяхъ обнаружить частичные по крайней мѣрѣ дефекты въ аффективной сферѣ, равнодушіе по отношенію къ нѣкоторымъ важнымъ вещамъ, временное пониженіе эмотивности, или противорѣчія въ соотношеніи болѣе тонкихъ чувствъ.

Иногда потому еще не приходится говорить о простомъ равнодушіи, что имѣется явственное основное настроеніе: эйфорія, депрессія или страхи. Все же и тутъ частенько все затягивается шизофренической вуалью: настроеніе лишено модуляцій; больные, совершенно независимо отъ хода мыслей, пребываютъ въ настроеніи, предопредѣленномъ внутренними моментами; для нихъ нѣтъ ничего важнаго, ничего святого. На всемъ лежитъ отпечатокъ „все равно", то въ чистомъ видѣ, то съ депрессивнымъ или особенно съ эйфорическимъ оттѣнкомъ.

Вообще, однимъ изъ наиболѣе надежныхъ признаковъ болѣзни является недостатокъ аффективныхъ модуляцій, аффективная неподвижность. Можно бесѣдовать съ больнымъ на разныя темы и не замѣтить никакой перемѣны въ настроеніи; особенно это бросается въ глаза при маніакальномъ состояніи, гдѣ настроеніе должно бы очень колебаться; въ менѣе подвижныхъ депрессивныхъ состояніяхъ эта шизофреническая особенность не такъ замѣтна.

Если аффекты существуютъ, они долго не держатся. Въ острыхъ стадіяхъ случается, что больные по какимъ то внутреннимъ побужденіямъ плачутъ, стонутъ, радуются и бранятся, одно за другимъ, и неизвѣстно почему. Получается впечатлѣніе, какъ будто актеръ хочетъ показать весь свой аффективный репертуаръ, въ томъ порядкѣ, какъ Богъ на душу положитъ. Настоящая неустойчивость, въ томъ смыслѣ, что аффектъ особенно быстро мѣняется въ связи съ ходомъ мыслей, направляемымъ извнѣ или изнутри, не относится къ картинѣ шизофреніи. Внезапныя вспышки, напр. гнѣва, можно правда часто наблюдать, но тогда не легко удается отвлечь аффектъ, хотя чувствуется, что онъ не особенно глубокъ.



Рис. 22 Гебефреникъ, который продиктовалъ „Эпаминонда". Характерно на неподвижномъ лицѣ выраженіе аффектаціи, съ которой больной мнитъ о себѣ, хотя ему въ сущности нечего сказать.

Если настроеніе мѣняется, это происходитъ медленнѣе нежели у здороваго, аффектъ ковыляетъ вслѣдъ за мыслями, или же носитъ капризный характеръ; трудно понять, почему онъ проявляется въ данный моментъ и въ данной формѣ.

Ни въ коемъ случаѣ аффективная сфера не погибаетъ совершенно. Задѣвая комплексы, можно часто вызвать живое и адэкватное движеніе даже въ случаяхъ, кажущихся совершенно равнодушными; въ аутистическихъ идеяхъ больныхъ, ведущихъ какъ будто одну лишь растительную жизнь, можно найти исполненіе живыхъ желаній, стремленій или даже опасеній, а анализъ шизофреническихъ бредовыхъ идей и логическихъ ошибокъ показываетъ даже, что аффекты больше владѣютъ мышленіемъ, нежели у здоровыхъ. Аффективная сфера въ цѣломъ можетъ опять проявиться, когда шизофренія осложняется органической мозговой болѣзнью (старческая атрофія, апоплексія). Нужно допустить поэтому, что болѣзненный процессъ, какъ таковой, не уничтожаетъ аффектовъ, а лишь какимъ то образомъ не даетъ имъ функціонально проявляться, въ родѣ того скажемъ, какъ ребенокъ, попадая внезапно въ чуждую обстановку, можетъ



Рис. 23. Застывшая, слащавая мимика у эротической кататонички.

получить ступоръ безъ аффекта, или какъ Livingstone, когда на него набросился левъ, или Baelz во время землетрясенія въ Токіо, получилъ параличъ аффекта.

Аффекты могутъ подвергнуться также качественнымъ измѣненіямъ въ томъ смыслѣ, что то, что должно вызвать радость, вызываетъ горе или гнѣвъ и наоборотъ — паратимія. Иногда лишь внѣшнія проявленія не адэкватны; больной радуется подарку, но при этомъ поетъ — парамимія. (О шизофреническомъ немотивированномъ смѣхѣ см. въ отдѣлѣ автоматизмовъ).

Помимо этого, проявленія аффекта обыкновенно имѣютъ въ себѣ нѣчто неестественное, преувеличенное, театральное. Радость шизофреника потому не увлекаетъ, выраженіе его страданія оставляетъ холоднымъ. Особенно отчетливо это выступаетъ, когда имѣется случай наблюдать, какъ маленькія дѣти реагируютъ на такія проявленія. Такъ же слабо больные иногда реагируютъ на наши аффекты. Можно говорить такимъ образомъ о недостаткѣ аффективнаго контакта, который представляетъ важный признакъ шизофреніи. Скорѣе можно чувствовать душевную связь съ идіотомъ, который ни слова не можетъ сказать, нежели съ шизофреникомъ, который еще можетъ быть недурно бесѣдуетъ интеллектуально, но совершенно недоступенъ внутренне

Самые аффекты, какъ и ихъ проявленія, часто теряютъ единство. Одна больная убила своего ребенка, котораго она любила, такъ какъ это былъ ея ребенокъ, и ненавидѣла, такъ какъ онъ происходилъ отъ нелюбимаго мужа; послѣ этого она недѣлями находилась въ такомъ состояніи, что глазами она въ отчаяніи плакала, а ртомъ смѣялась. Разъ я даже видѣлъ такого рода одностороннее расщепленіе проявленія чувства. Чаще встрѣчаются болѣе легкія разстройства единства чувствъ.

При dementia praecox нерѣдки разстройства аффектовъ въ формѣ острыхъ маніакальныхъ; депрессивныхъ настроеній и страховъ. Однако это относится къ добавочнымъ симптомамъ.

Паратиміи находятся иногда въ неразрывной связи съ измѣненіями влеченій. Частое явленіе представляетъ копрофагія и разныя другія отклоненія отъ нормальнаго влеченія къ пищѣ, половыя извращенія, которыя передъ этимъ не были замѣтны, отсутствіе инстинкта самосохраненія.

Амбивалентность. Одновременный смѣхъ и плачъ представляетъ частичное проявленіе шизофренической амбивалентности. Благодаря шизофреническому дефекту ассоціаціонныхъ путей становится возможнымъ сосуществованіе въ психикѣ противорѣчій, которыя вообще говоря исключаютъ другъ друга. Любовь и ненависть къ одному и тому же лицу могутъ быть одинаково пламенны, и не вліяютъ другъ на друга (аффективная амбивалентность). Больному въ одно и то же время хочется ѣсть и не ѣсть; онъ одинаково охотно исполняетъ то, что хочетъ и чего не хочетъ (амбивалентность воли, двойственность тенденціи — амбитенденція); онъ въ одно и то же время думаетъ: „я такой же человѣкъ, какъ вы“ и „я не такой человѣкъ, какъ вы“. Богъ и чертъ, здравствуй

и прощай для него равноцѣнны и сливаются въ одно понятіе (умственная амбивалентность). И въ бредовыхъ идеяхъ довольно часто наблюдается пестрая смѣсь экспансивныхъ и депрессивныхъ идей.

„Неповрежденныя" функціи. Со стороны ощущенія, памяти, оріентировки во времени и пространствѣ мы не обнаруживаемъ непосредственныхъ разстройствъ современными методами изслѣдованія. Правда, мы часто получаемъ неправильные отвѣты даже на простые вопросы, напр. относительно оріентировки, однако это имѣетъ каждый разъ свои основанія: больные отвѣчаютъ не то изъ негативизма, или же изъ за лѣности мысли, они говорятъ наобумъ, или же оріентировка и воспоминанія извращаются бредовыми идеями или комплексными потребностями.

Воспріятіе равно какъ **оріентировка** можетъ быть косвенно извращено благодаря галлюцинаціямъ и иллюзіямъ. Замѣчательно однако, что шизофреники даже въ сильномъ бреду и сумеречномъ состояніи сохраняютъ большею частью правильную оріентировку наряду съ болѣзненной. Наряду съ бредовымъ представленіемъ, что они находятся въ тюрьмѣ, въ аду или въ больницѣ, они при случаѣ все же знаютъ, что они находятся въ палатѣ больницы, они могутъ считать, (оказать соотвѣтственный пріемъ) родителей, пришедшихъ на свиданіе, чертями и въ тоже время потомъ разсказываютъ, что ихъ посѣтили родители („двойная оріентировка").

Оріентировка во времени и пространствѣ можетъ вовсе не разстраиваться или же разстраиваться только косвенно и преходяще, а въ то же время больные очень часто плохо и неправильно разбираются въ собственномъ положеніи; у больныхъ, находящихся въ больницѣ, это наблюдается какъ правило. Больные только въ исключительныхъ случаяхъ могутъ понять, почему ихъ держатъ въ больницѣ. Они считаютъ, что съ ними не такъ обращаются, неправильно оцѣниваютъ свое отношеніе къ семьѣ, часто даже свое соціальное положеніе. Само собой понятно, что бредовыя идеи, особенно преслѣдованія, мѣшаютъ правильному осмышленію своего положенія. Иногда поражается и автопсихическая оріентировка, причемъ страдаетъ и личность (см. ниже).

Память. Свои переживанія больные воспроизводятъ большею частью не хуже здоровыхъ, иногда даже лучше въ томъ отношеніи, что они безъ разбору запоминаютъ всѣ детали, въ то время какъ у здоровыхъ мелочи совсѣмъ не доходятъ до сознанія. Параноидные больные часто могутъ указать числа, когда произошли всевозможныя мелкія происшествія. Школьныя познанія сохраняются такъ же хорошо, какъ и у здоровыхъ, которые долго не занимаются. То, что больной умѣлъ, напр. игра на рояли, онъ послѣ десятковъ лѣтъ промежутка можетъ вновь дѣлать, какъ будто бы никакой паузы не было.

Регистрація опытнаго матеріала такимъ образомъ вполнѣ хороша. Однако воспроизведеніе можетъ быть разстроено; многое, имѣющее отношеніе къ комплексамъ, задерживается, или же данное общее состояніе (оглушенность и т. п.) вообще не даетъ свободно располагать матеріаломъ. Кромѣ того, больные очень часто кажутся

забывчивыми: они не вспоминаютъ во время, что имъ нужно дѣлать; хозяйка забываетъ готовить обѣдъ, мужъ забываетъ итти въ магазинъ. Однако это не разстройство памяти, а слѣдствіе шизофренической „разсѣянности".

И въ **двигательной сферѣ** не замѣчается разстройствъ ни въ смыслѣ силы, ни въ смыслѣ координаціи. Даже въ тончайшихъ движеніяхъ, напр. въ игрѣ на скрипкѣ мы не видимъ никакихъ двигательныхъ разстройствъ (мы оставляемъ въ сторонѣ частое трясеніе и каталепсію, что нѣкоторые тоже причисляютъ къ двигательнымъ разстройствамъ).

B. Сложныя функціи.

α) **Аутизмъ.** Шизофреники теряютъ контактъ съ дѣйствительностью, въ легкихъ случаяхъ мало замѣтно, кое когда, въ тяжелыхъ случаяхъ цѣликомъ. Больная думаетъ, что врачъ хочетъ на ней жениться. Ежедневно онъ ее въ этомъ разубѣждаетъ, однако это безуспѣшно. Другая поетъ на концертѣ въ больницѣ, но слишкомъ долго. Публика шумитъ; больную это мало трогаетъ; когда она кончаетъ, она идетъ на свое мѣсто, вполнѣ удовлетворенная. Больные устно и письменно предъявляютъ безчисленныя желанія, на которыя они вообще не ожидаютъ отвѣта, хотя часто рѣчь идетъ о ближайшихъ потребностяхъ, напр. о выпискѣ. Они требуютъ, чтобы ихъ выпустили, сотни разъ на день берутся за ручку замка, а когда имъ раскрываютъ двери, они и не думаютъ уходить. Они настойчиво требуютъ, чтобы ихъ посѣтили; когда посѣтители наконецъ приходятъ, больные не обращаютъ на нихъ никакого вниманія.

Зато они живутъ въ воображаемомъ мірѣ, полномъ осуществленныхъ желаній и идей преслѣдованія. Однако оба міра представляютъ для нихъ реальность; иногда они могутъ сознательно ихъ различать. Въ другихъ случаяхъ аутистическій міръ для нихъ болѣе реаленъ, а другой міръ только кажущійся. Реальные люди это „маски", „наскоро сдѣланные люди" и т. п. Глядя по констелляціи, въ среднихъ случаяхъ, то тотъ, то другой міръ выдвигается на первый планъ; бываютъ, хотя рѣдко, больные, которые могутъ произвольно переноситься изъ одного міра въ другой. Болѣе легкіе случаи вращаются больше въ мірѣ реальности, тяжелыхъ совсѣмъ не удается вывести изъ міра грезъ, хотя они поддерживаютъ извѣстный контактъ съ дѣйствительностью для простыхъ функцій, вродѣ ѣды и питья.

β) **Вниманіе.** Активное вниманіе въ виду отсутствія интересовъ естественно подолгу бываетъ очень слабымъ. Тѣмъ болѣе поразительно, что пассивное вниманіе не только не разстроено, но повидимому лучше работаетъ, чѣмъ нормально. Больные могутъ быть какъ угодно заняты внѣшне или внутренно и въ тоже время отлично регистрируютъ все, что происходитъ вокругъ нихъ, и могутъ воспроизвести все, что восприняли.

Иногда, особенно въ началѣ болѣзни, больные серьезно пытаются привести въ порядокъ свои мысли; однако это имъ не удается. Отчасти это функціональныя разстройства вродѣ разсѣянности, наряду съ этимъ имѣется однако и общее затрудненіе мышленія. Въ послѣд-

немъ случаѣ нарушается, какъ интенсивность, такъ равно и экстенсивность вниманія, но и тутъ обычно пассивное меньше, нежели активное. Наклонность нѣкоторыхъ случаевъ къ утомленію тоже легко парализуетъ функціи.

Въ остальномъ вниманіе соотвѣтственно характеру болѣзни очень капризно. Упорство и живость могутъ каждая въ отдѣльности итти вверхъ и внизъ. Люди, которые долгое время не были способны ни къ какому вниманію, вдругъ оказываются въ состояніи обсудить сложный планъ бѣгства и т. п.

γ) **Воля**. Большая часть больныхъ страдаетъ слабостью воли, въ смыслѣ апатіи и недостаточной выдержанности воли. Къ этому часто присоединяется капризное упрямство. Иногда все же больные могутъ съ большой энергіей преслѣдовать опредѣленную цѣль, такъ что получается прямо гипербулія. Иногда воля обнаруживаетъ ненормальную твердость въ преодолѣніи боли, напр при самоистязаніи.

Задержки тормозятъ, конечно, кромѣ мышленія также желанія и ихъ выполненіе. Характернѣе всего однако внутренній расколъ воли. Больные одновременно хотятъ противоположныхъ вещей, или, когда они хотятъ что либо сдѣлать, появляется встрѣчный импульсъ, или же новый импульсъ идетъ въ разрѣзъ; субъективно воля кажется несвободной. Больнымъ кажется, что они думаютъ и поступаютъ подъ вліяніемъ постороннихъ людей или силъ (гипнотизированіе, навязчивыя дѣйствія, автоматическія дѣйствія, автоматизмъ по приказанію и т. п.)

δ) **Личность.** За исключеніемъ очень плохихъ галлюцинаторныхъ состояній, больные знаютъ, кто они. Иногда, правда, выступаетъ на первый планъ представленіе о себѣ, какъ о другой личности, и это не даетъ проявиться познанію дѣйствительности (о болѣе тяжелыхъ разстройствахъ личности см. въ главѣ о добавочныхъ симптомахъ).

ε) **Шизофреническое слабоуміе.** Шизофреническое слабоуміе получаетъ свою характерную печать, прежде всего, отъ разстройства аффекта; равнодушіе съ одной стороны, необузданные аффекты съ другой; затѣмъ отъ разстройства ассоціацій: неясность и безцѣльность, стремленіе къ побочнымъ путямъ ведетъ къ недостаточнымъ, невѣрнымъ, безсмысленнымъ, страннымъ, смѣхотворнымъ результатамъ Однако и у тяжелыхъ шизофрениковъ многія ассоціаціи протекаютъ еще правильно, и, хотя ceteribus paribus болѣе сложныя и тонкія функціи, конечно, разстраиваются легче, нежели грубыя и простыя, все же то, что больной не справляется съ отдѣльной задачей, не зависитъ отъ ея трудности. Шизофреникъ можетъ не сложить двузначныхъ чиселъ и тутъ же вслѣдъ затѣмъ извлечетъ кубическій корень. Тяжелое шизофреническое слабоуміе отличается отъ болѣе легкаго не столько тѣмъ, что поражаетъ и простыя функціи, сколько тѣмъ, что задачи, съ которыми больной не справляется, становятся количественно больше, безотносительно, легкія онѣ или трудныя. Такъ называемое изслѣдованіе интеллекта можетъ дать превосходный результатъ, и все же больной можетъ оказаться абсолютно неспособнымъ правильно управлять собой даже въ

простой обстановкѣ. Онъ можетъ хорошо разобраться въ философской статьѣ и не понимать того, что нужно вести себя хорошо, если желаешь выписаться изъ больницы. Тамъ, гдѣ задѣваются комплексы больного, съ нимъ не столкуешься, онъ не чувствуетъ грубѣйшихъ противорѣчій ни въ логикѣ, ни въ повседневныхъ реальныхъ представленіяхъ. Шизофреникъ не слабоуменъ вообще, но онъ слабоуменъ по отношенію къ опредѣленному моменту, опредѣленной констелляціи, опредѣленнымъ комплексамъ.

Литературныя и художественныя произведенія опредѣленно выраженной шизофреніи носятъ на себѣ большею частью характеръ чего то безсмысленнаго, страннаго; нерѣдко это прикрывается пустымъ паѳосомъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ небольшая степень отклоненія отъ нормы придаетъ произведенію искусства своеобразный интересъ; кромѣ того, больные могутъ высказать истины, которыхъ здоровый не рѣшится преподнести въ столь обнаженномъ видѣ. Не такъ уже рѣдко шизофреническое возбужденіе въ началѣ даетъ извѣстный импульсъ къ поэтической работѣ и даже извѣстное умѣніе, котораго раньше не было.

ζ) **Поведеніе.** Поведеніе шизофреника опредѣленно вытекаетъ изъ разстройства аффектовъ и ассоціацій. Гдѣ аффекты понижены, тамъ больной ничего или почти ничего не дѣлаетъ, а гдѣ больной во власти аутизма, тамъ онъ перестаетъ обращать вниманіе на внѣшній міръ. Случаи средней тяжести отмѣчены недостаткомъ иниціативы, отсутствіемъ опредѣленной цѣли, невниманіемъ къ цѣлому ряду факторовъ дѣйствительности, разлаженностью, внезапными выходками и странностями. Въ болѣе легкихъ случаяхъ больные ведутъ обычный образъ жизни; отъ поры до времени бросается въ глаза какая нибудь ненормальность. Во всѣхъ случаяхъ замѣчается извнѣ недостаточная мотивировка многихъ отдѣльныхъ поступковъ, равно какъ и всего отношенія къ жизни. Больные мѣняютъ службу и профессію, или безъ причины вдругъ не являются на работу, раздражительны, капризны, склонны обижаться и ругаться. Въ общемъ организмѣ больницы нѣкоторые изъ нихъ могутъ быть полезными рабочими машинами, но и на волѣ многіе съ суженнымъ отъ болѣзни кругозоромъ еще сходятъ на подчиненныхъ должностяхъ за идеальныхъ работниковъ, пока какой нибудь нелѣпый поступокъ не обнаружитъ ихъ состоянія: учитель вдругъ лѣзетъ въ колодезь, молодая дѣвушка пришиваетъ чулки къ ковру и т. п. Если есть добавочные симптомы, напр., галлюцинаціи, бредовыя идеи, маніакальные или кататоническіе синдромы, то они въ первую очередь опредѣляютъ поведеніе и дѣйствія больного.

Возбужденные больные довольно непріятны для больницъ; крикъ, ругань, битье, разрушеніе, нечистоплотность всѣхъ видовъ представляютъ у многихъ заурядное явленіе. Особенно затрудняютъ лѣченіе отдѣльныхъ случаевъ спеціальныя особенности: копрофагія, разрушеніе стѣнъ и постели, отказъ отъ пищи, стремленіе къ самоубійству, самоизувѣченіе; однако, по мѣрѣ того какъ улучшаются лѣчебная техника и проникновеніе во внутренній міръ больного, улучшаются всѣ эти явленія и уменьшается ихъ продолжительность.

С. Добавочные симптомы.

Добавочные симптомы осложняютъ основную картину то длительно, то въ видѣ преходящихъ эпизодовъ.

α) **Обманы чувствъ.** Характерны для шизофрениковъ галлюцинаціи соматическихъ ощущеній; при этомъ особенно часты слуховыя галлюцинаціи въ формѣ словъ (голоса). Зрительныя галлюцинаціи очень часты и ярки въ острыхъ приступахъ, а помимо этого рѣдки. Осязательныя галлюцинаціи наблюдаются только въ комбинаціи съ соматическими галлюцинаціями или въ качествѣ части сложнаго воспріятія (змѣя, побои). Иногда появляются галлюцинаціи обонятельныя, вкусовыя и кинэстетическаго чувства.

Больные слышали вѣяніе, свистъ вѣтра, жужжаніе, хрипъ, стрѣльбу, громъ, музыку, плачъ и смѣхъ, но больше всего шопотъ, разговоръ, оклики; они видятъ отдѣльныя вещи, ландшафты, животныхъ, людей и всякія невозможныя фигуры; они ощущаютъ вкусомъ и обоняніемъ всякія пріятныя и непріятныя вещи; они осязаютъ предметы, животныхъ и людей; ихъ задѣваютъ дождевыя капли, огонь, пули; они чувствуютъ всѣ тѣ муки, а также и все то пріятное, что можетъ доходить до насъ черезъ посредство соматическихъ ощущеній.

Элементарныя галлюцинаціи слуха рѣдки и мало вліяютъ на больного. Голоса говорятъ, большею частью, отрывочными словами и короткими предложеніями; длинныя связныя сцены свидѣтельствуютъ о сопутствующемъ алкоголизмѣ или — въ рѣдкихъ случаяхъ сумеречныхъ состояній — объ истероподобныхъ добавленіяхъ. Голоса бранятъ, грозятъ, утѣшаютъ, критикуютъ, въ качествѣ „голоса совѣсти", или же говорятъ все противоположное тому, чего больной хочетъ, или о чемъ онъ думаетъ. Мысли вслухъ выражаютъ, наоборотъ, то, что больной въ данный моментъ думаетъ. Голоса исходятъ изъ любого мѣста, изъ неба и изъ ада, и изъ обычныхъ пунктовъ пребыванія человѣка, но они могутъ также локализоваться въ стѣнахъ, въ воздухѣ, въ одеждѣ и въ тѣлѣ больного. Они пользуются, можетъ быть, лишь однимъ ухомъ больного, или же добрые голоса слышны въ правомъ ухѣ, а злые въ лѣвомъ.

Галлюцинаціи соматическихъ ощущеній проявляютъ безконечное разнообразіе. Больныхъ бьютъ, жгутъ, колютъ раскаленными иглами, имъ укорачиваютъ ноги, удаляютъ глаза, высасываютъ легкія, вынимаютъ печень и вставляютъ ее на другое мѣсто, растягиваютъ тѣло и сжимаютъ, какъ гармонію; шаръ ходитъ по крышкѣ черепа отъ основанія до темени, мозгъ распиливается, біеніе сердца задерживается или ускоряется, моча спускается или задерживается. Больше всего однако ощущаются радости нормальнаго и ненормальнаго полового удовлетворенія, а еще чаще всякія половыя безобразія, какія только можно выдумать; у нихъ отсасываютъ сѣмя, жгутъ, рѣжутъ, рвутъ наружныя и внутреннія половыя части, женщины насилуются утонченнѣйшимъ образомъ, вынуждаются къ сношеніямъ съ животными. Часто половой элементъ въ ощущеніяхъ замаскировывается; больной вмѣсто coitus'а кажется, что она кача-

ется на игрушечной лошадкѣ. Половыя ощущенія переносятся въ область сердца, рта, носа и т. д.

Зрительныя галлюцинаціи въ хроническихъ случаяхъ рѣдки, а если и имѣются, то онѣ отрывочны, безсвязны: голова, ангелъ величиной съ осу, руки всплываютъ передъ больнымъ, иногда въ качествѣ полового символа животное: змѣя, слонъ, лошадь. Въ острыхъ бредовыхъ (деліріозныхъ) состояніяхъ больные галлюцинируютъ сложную обстановку: рай, адъ, замокъ, темницу, и все съ дѣйствующими лицами. При этомъ дѣйствительная оостановка можетъ галлюцинаторно исчезнуть или же подвергнуться иллюзіонной переработкѣ въ согласіи съ галлюцинаторной средой; при болѣе ясномъ сознаніи видѣнія отчасти вставляются въ реальную обстановку, а при совершенно ясномъ сознаніи — цѣликомъ.

Гдѣ могутъ появляться галлюцинаціи, тамъ появляются и иллюзіи; однако, онѣ не играютъ такой роли, какъ галлюцинаціи. Иногда обѣ формы обмановъ чувствъ не удается опредѣленно разграничить одну отъ другой.

Обманы различныхъ чувствъ комбинируются, особенно легко, въ острыхъ синдромахъ. Больные переживаютъ сцены, видятъ, какъ люди дѣйствуютъ, слышатъ, какъ они говорятъ, чувствуютъ ихъ вліяніе, ощущаютъ вкусъ или запахъ ихъ ядовитыхъ или пріятныхъ даровъ. Въ сознательной хронической стадіи комбинируются, большею частью, лишь голоса съ соматическими галлюцинаціями. Обманы чувствъ появляются чаще всего тогда, когда больные предоставлены сами себѣ. Однако, бываютъ исключенія; отъ поры до времени они мѣшаютъ какъ разъ во время работы. Часто они вызываются другимъ впечатлѣніемъ: больной видитъ, какъ врачъ входитъ въ отдѣленіе и тутъ же слышитъ, какъ онъ отдаетъ приказъ, касающійся его; повертываніе ключа въ замкѣ ощущается болѣзненно въ груди (рефлекторныя галлюцинаціи). Не очень рѣдко галлюцинаціи до извѣстной степени зависятъ отъ воли; больные вслухъ или мысленно ставятъ вопросы и получаютъ на нихъ отвѣты; они ставятъ себя въ опредѣленныя ситуаціи, при которыхъ галлюцинаціи появляются, или же въ такія, при которыхъ онѣ оставляютъ ихъ въ покоѣ.

Галлюцинаціи могутъ имѣть любую степень интенсивности: отъ легчайшаго топота до страшнаго громового голоса, отъ малѣйшаго ненормальнаго ощущенія вплоть до характера невыносимой боли.

Точно такъ же колеблется въ максимальныхъ предѣлахъ и отчетливость. Обманы чувствъ, собственно говоря, часто очень неясны. Однако больные этого не замѣчаютъ, такъ какъ смыслъ имъ не такъ ясенъ; они галлюцинируютъ скорѣе смыслъ, нежели слово:

Если настаивать, чтобы они дословно воспроизвели голосъ, они даютъ подъ рядъ неодинаковые отвѣты; однако смыслъ, брани напр., остается тотъ же самый; опредѣленный запахъ исходитъ отъ змѣинаго яда или отъ морфія и т. п.

То же относится и къ проэкціи наружу, которая является для больного неопредѣленной гораздо чаще, чѣмъ онъ это сначала замѣчаетъ. Если разспросить болѣе точно, выясняется часто, что больные не различаютъ и даже не чувствуютъ потребности про-

водить различіе между яркими мыслями и настоящими голосами, между представленіями и представляющимися картинами и (галлюцинаторными) предметами.

Галлюцинаціи внѣ предѣловъ органа чувствъ (extrakampine) чаще всего наблюдаются именно при шизофреніи.

Тѣмъ не менѣе реальность галлюцинаціи больному представляется очевидной. Вѣра въ голоса у нихъ несокрушима, и если они находятся въ противорѣчіи съ дѣйствительностью, то подвергается сомнѣнію или отвергается совсѣмъ реальность именно послѣдней. Скорѣе мы еще можемъ со стороны зрѣнія наблюдать галлюцинаціи, патологическій характеръ которыхъ распознается больнымъ, несмотря на отчетливость ложнаго воспріятія (псевдогаллюцинаціи).

Больные не легко могутъ отдѣляться отъ своихъ галлюцинацій, хотя вообще въ жизни мы вѣдь можемъ игнорировать значительную долю нормальныхъ впечатлѣній. Лишь съ годами отдѣльные болѣе толковые больные научаются не придавать значенія обманамъ чувствъ; большинство больныхъ, которые постепенно несмотря на приставаніе галюцинаціи успокаиваются, со временемъ какъ то такъ устраиваются, что они переводятъ свои галлюцинаціи въ другой міръ, въ отколовшуюся часть своего Я, отдѣленную стѣной отъ дѣйствительности. Они, такимъ образомъ, могутъ спокойно работать или вообще приспособиться къ механизму больничной жизни, несмотря на то, что слышатъ постоянно голоса или испытываютъ физическія муки.

Въ нѣкоторомъ противорѣчіи съ этой назойливостью шизофреническихъ галлюцинацій стоитъ та своеобразная особенность ихъ, что онѣ очень легко выключаются, откалываются, какъ только мысль иначе настраивается. Поэтому больные, даже постоянно занятые своими галлюцинаціями и подверженные ихъ вліянію, ничего о нихъ не могутъ разсказать, когда ихъ объ этомъ спрашиваютъ.

О способѣ возникновенія галюцинацій больные составляютъ себѣ самыя разнообразныя представленія. То ихъ мучаютъ сложныя машины или телепатическія вліянія, раньше играло роль колдовство, а то особые таланты, подслушиванія даютъ возможность больнымъ воспринимать голоса. Нерѣдко потребность въ объясненіи совершенно отсутствуетъ.

Поведеніе шизофрениковъ по отношенію къ галлюцинаціямъ бываетъ очень различна. Многіе приспосабливаются къ нимъ, другіе испытываютъ даже удовольствіе; очень многіе однако реагируютъ возбужденіемъ, угрозами и насиліемъ. Въ остромъ сумеречномъ состояніи шизофреники иногда дѣйствуютъ сообразно своимъ представленіямъ, или же подчиняются всему совершенно пассивно, лежатъ кататонически, отчасти сознавая отсутствіе реакціи, отчасти же, благодаря кинэстетическимъ галлюцинаціямъ, они воображаютъ, что дѣйствуютъ (какъ здоровые люди во снѣ).

β) Бредовыя идеи. Шизофреническія бредовыя иди носятъ на себѣ, большею частью, печать нелогичности. Даже въ самихъ бредовыхъ идеяхъ могутъ рядомъ уживаться противорѣчивыя или не имѣющія никакого отношенія другъ къ другу представленія; не ощущается и грубѣйшее противорѣчіе съ дѣйствительностью. Врачъ—

онъ же знакомый Мюллеръ; однако онъ можетъ явиться въ качествѣ Мейера или Шульце. Больной самъ давно уже умеръ, однако онъ живетъ въ больницѣ. Одна кататоничка съ каждымъ глоткомъ проглатывала весь міръ; одному больному нѣсколько разъ отрубали голову. Часто идеи эти очень неопредѣленны. Больной имѣетъ сто тысячъ франковъ, которые онъ иногда, не замѣчая противорѣчія, оцѣниваетъ въ десять франковъ. Многія идеи имѣютъ чисто символическое значеніе; больная и есть „Ивиковъ журавль", ибо она „свободна отъ грѣха и вины" и должна быть „свободна"—т. е. не интернирована.

Отдѣльныя бредовыя идеи не имѣютъ между собою никакой логической связи или очень слабую, онѣ часто образуютъ форменный „хаосъ бреда". Однако, большею частью, этотъ хаосъ довольно недурно соотвѣтствуетъ аффективнымъ потребностямъ. Больные хотятъ быть больше, чѣмъ они есть, и вотъ мы имѣемъ бредъ величія. Желаемое не удается имъ, но они не хотятъ сознавать свое безсиліе, и такъ возникаетъ бредъ преслѣдованія.

Въ смыслѣ содержанія самую главную роль играютъ сопоставленія. Опредѣленныя личности, родные, начальство, врачи больницы, затѣмъ особенно цѣлые заговоры, франмасоны, іезуиты, „черные евреи", чтецы мыслей, спиритисты преслѣдуютъ больного голосами, клевещутъ на него, губятъ его, причиняютъ ему всяческія муки, которыя мы объективно должны отнести на счетъ соматическихъ галлюцинацій (ф и з и к а л ь н ы й б р е д ъ п р е с л ѣ д о в а н і я).

Бредъ величія даетъ больному возможность стать талантомъ или вообще крупной величиной (изобрѣтатель, графъ, императоръ, папа, Христосъ, пророкъ). Бредъ этотъ рѣдко наблюдается въ чистомъ видѣ; большею частью онъ смѣшанъ съ бредомъ преслѣдованія.

Эротическія стремленія у женщинъ почти всегда имѣются на лицо, у мужчинъ очень часто. Если это выступаетъ на первый планъ, то обыкновенно, по крайней мѣрѣ у женщинъ, мы имѣемъ дѣло также и съ повышеніемъ въ рангѣ; у нея есть возлюбленный, который соціально стоитъ выше; если онъ до сихъ поръ на ней не женился, въ томъ виноваты завистники. Бредъ ревности тоже можетъ быть шизофреническимъ. Бредъ обѣднѣнія и грѣховности имѣется только въ депрессіи. Самообвиненіе можетъ быть и выраженіемъ подавленныхъ желаній или же простымъ слѣдствіемъ случайныхъ сочетаній ассоціацій. Такъ, одинъ больной ложно донесъ на себя, что онъ изнасиловалъ дѣвушку. Въ деревнѣ, гдѣ было много пожаровъ, одному шизофренику вдругъ пришла въ голову идея, что онъ поджегъ. Лица, которыя въ сенсаціонныхъ процессахъ являются въ судъ и заявляютъ себя виновниками преступленія, въ большинствѣ случаевъ представляютъ собою алкогольныхъ шизофрениковъ.

Очень часты автопсихическія бредовыя идеи; больной вовсе не то лицо, за которое его принимаютъ, а совершенно другое; его зовутъ не такъ, какъ сказано въ бумагахъ; онъ замерзъ въ ваннѣ, и все же онъ здѣсь; одна барышня „поперемѣнно то дѣвица, то женщина". Другіе больные превращены въ звѣрей; правда, въ сознательномъ состояніи этотъ бредъ долго не держится. Чаще мѣ-

няется полъ, иногда и возрастъ. А то это и вовсе не сами больные дѣйствуютъ и думаютъ, а нечистая сила въ нихъ (демонизмъ).

Всѣ шизофреническія формы бреда и прежде всего бредъ преступленія питаются прежде всего необузданнымъ бредомъ отношенія. Все, что случается, можетъ имѣть отношеніе къ больному, и не только то, что люди дѣлаютъ, но и внѣшнія событія: буря, война и т. д.

Бредовыя идеи, большею частью, являются для больныхъ само собою понятными истинами. Правда, нѣкоторые больные чувствуютъ иногда сами въ этомъ нѣчто замѣчательное, особенное, но это еще не побуждаетъ ихъ вносить поправки. Реакція на бредовыя идеи иногда бываетъ адэкватной въ томъ смыслѣ, что преслѣдуемые жалуются или обороняются, а мегаломаны стараются провести свои требованія; одинъ носитъ цилиндръ, чтобы демонстрировать свой санъ „инспектора заведенія"; другой отпускаетъ пощечину первому попавшемуся, котораго онъ считаетъ преслѣдователемъ; для защиты отъ таинственныхъ „вліяній" больной принимаетъ мѣры вродѣ заклинаній. Гораздо чаще поведеніе больныхъ не адэкватно. Они въ дѣйствительности ничего не предпринимаютъ для достиженія своихъ цѣлей; императоръ и папа помогаетъ при удобреніи поля; царица небесная гладитъ больнымъ рубашки или мажетъ себя и столъ слюной.

Бредовыя идеи остраго состоянія могутъ, въ качествѣ (резидуальнаго), „остаточнаго бреда" (Neisser), быть перенесены въ спокойныя состоянія. Большею частью, однако онѣ исчезаютъ вмѣстѣ съ остальными острыми явленіями, хотя врядъ ли какой шизофреникъ можетъ когда либо отнестись вполнѣ объективно къ бредовой идеѣ. Бредъ, возникшій въ хроническомъ состояніи, держится, большею частью, долго, иногда всю жизнь, хотя рѣдко когда онъ не претерпѣваетъ измѣненій и дополненій, которыя, правда только въ видѣ исключенія, существенно его видоизмѣняютъ. Все же исполненіе желаній черезъ посредство бреда величія мы находимъ чаще всего въ стадіи глубокаго слабоумія, когда отгораживаніе отъ дѣйствительности больше всего омрачаетъ сужденіе; между тѣмъ въ болѣе ранней стадіи больше запечатлѣваются въ сознаніи препятствія къ осуществленію желаній, и это даетъ поводъ къ идеямъ преслѣдованія. Самое обыкновенное и зачастую быстрое преобразованіе бреда получается тогда, когда возлюбленный становится преслѣдователемъ. Отъ перемѣны обстановки бредовыя идеи, связанныя съ нею, могутъ отойти на задній планъ на короткое время; скоро однако новая обстановка сравнивается въ значеніи со старой и привлекаетъ къ себѣ прежнія бредовыя идеи.

Бредовыя идеи въ значительной своей части всплываютъ въ видѣ галлюцинацій, иныя въ видѣ обмановъ зрѣнія; многія внезапно возникаютъ въ сознаніи примордіально; нѣкоторыя возникаютъ въ сновидѣніи, причемъ характерно, что больные знаютъ, какъ это возникло, но все же это не вызываетъ у нихъ сомнѣній въ правильности бреда. Само собою понятно, что маніакальныя и меланхолическія настроенія образуютъ соотвѣтственныя бредовыя идеи.

γ) **Добавочныя разстройства памяти.** Иногда появляются гипермнезіи: отдѣльныя воспоминанія всплываютъ съ особен-

ной яркостью, иногда съ оттѣнкомъ навязчивости. Чаще бываютъ пробѣлы памяти (амнезіи), напр. послѣ делирія, а также послѣ чистыхъ возбужденій, психически вызванныхъ. Чаще всего наблюдаются однако парамнезіи, въ формѣ иллюзій или галлюцинацій памяти. Одна больная, которая въ душѣ была несовсѣмъ довольна своимъ мужемъ, обвиняетъ себя въ томъ, что она его страшно оклеветала. Нѣкоторые находятъ въ печати то, о чемъ они когда то думали. Они уже давно писали обо всемъ, о чемъ другіе пишутъ. Мы обычно видимъ, что больные, не поладившіе съ окружающими, впослѣдствіи считаютъ, что съ ними очень дурно обращались, между тѣмъ въ дѣйствительности или они были нападающей стороной, или же вообще ничего особеннаго не случилось. Галлюцинаціи воспоминаній очень часты. Ни съ того, ни съ сего, за карточной игрой больной можетъ вдругъ придти въ состояніе возбужденія, и начать браниться по поводу того, что вчера, въ такомъ то часу — въ дѣйствительности этотъ моментъ прошелъ тогда совершенно спокойно — его раздѣли до нага и побили.

Много рѣже наблюдаются отождествляющіе обманы воспоминаній. Зато, когда они имѣются, больные годами упорно ихъ держатся, такъ напр. при всѣхъ событіяхъ больной воображаетъ, что точь въ точь такое же событіе произошло въ прошломъ году въ этотъ же день.

(Отрицательныя галлюцинаціи памяти см. выше).

ð) Личность. Вслѣдствіе потери чувства активности и неспособности управлять мыслями, шизофреническое *Я* часто лишается существенныхъ составныхъ частей. Разстройства ассоціацій и болѣзненныя соматическія ощущенія придаютъ этому *Я* совершенно другой, непохожій на прежній, видъ; у больного, такимъ образомъ, имѣется сознаніе, что его состояніе измѣнилось; онъ сталъ другой личностью, или же онъ долженъ, по крайней мѣрѣ, „на короткій моментъ найти свое собственное *Я*". Граница между *Я* и другими личностями и даже предметами и отвлеченными понятіями могутъ стушеваться; больной можетъ отождествлять себя не только съ любымъ другимъ лицомъ, но и со стуломъ, съ палкой. Его воспоминанія расщепляются на двѣ или больше частей; однѣ свои переживанія онъ приписываетъ настоящему I. Huber, другія своей новой личности, которая родилась въ Charenton и называется Мидхатъ-паша. Другіе съ опредѣленнаго момента становятся новой личностью (ср. выше автопсихическія бредовыя идеи).

Объективно личность страдаетъ вслѣдствіе большой самостоятельности отдѣльныхъ комплексовъ. Въ обычной обстановкѣ больной можетъ производить впечатлѣніе нормальнаго. Стоитъ его навести на его бредовыя идеи, и онъ становится совершенно другимъ, у него другой характеръ, другая логика, другой взглядъ; съ другой стороны, нѣкоторые тяжелые кататоники, когда проникаютъ въ ихъ комплексы, могутъ отрѣшиться отъ своей замкнутости, ихъ поведеніе можетъ до того преобразиться, что въ данный моментъ можно не обнаруживать въ нихъ болѣзни. По отношенію къ однимъ лицамъ многіе шизофреники могутъ держаться нормально, а по отношенію къ другимъ они грубы или замкнуты, или негативистичны. При

этомъ нельзя сказать, что эта перемѣна намѣренна или сознательна. Нѣтъ, просто включается нѣчто совершенно другое; чувства, влеченія и даже ассоціаціи, доминировавшія въ одномъ состояніи, не допускаются въ другое; взамѣнъ ихъ включаются иныя. Оба продукта расщепленія личности могутъ уживаться рядомъ. Яснѣе всего я наблюдалъ это у одной больной, которая всегда бесѣдовала еле слышнымъ шопотомъ съ духами или со своими патологическими образами, и въ то же время слушала чтеніе и все отлично усваивала, или бесѣдовала съ нами (ср. также двойную оріентировку).

Транситивныя явленія нигдѣ такъ часто не встрѣчаются, какъ въ шизофреніи. Обычно больные вполнѣ убѣждены, что и всѣ окружающіе слышатъ ихъ голоса, или даже, что всѣ вмѣстѣ съ ними подвергаются тому же физикальному преслѣдованію. Больная имѣетъ продыравленныя руки и утверждаетъ, что у сидѣлки руки тоже продыравлены. Больной даетъ себѣ двадцать ударовъ и увѣренъ, что бьетъ своихъ враговъ. Гебефреникъ, дѣлая что нибудь, напр. почесывая лицо, думаетъ, что это дѣлаетъ не онъ, а другое лицо, которое онъ какъ разъ видитъ передъ собою.

Рѣже наблюдается апперсонированіе: жена, ухаживаетъ за мужемъ, страдающимъ ракомъ, и рѣшаетъ, что она больна тѣмъ же; благодаря этому обнаруживается впервые ея болѣзнь (душевная). Сосѣдъ больного по койкѣ умираетъ; больной поэтому считаетъ себя умершимъ.

Въ сумеречномъ состояніи, въ приступѣ гнѣва больные становятся другими людьми съ другимъ характеромъ и другими идеями. Измѣненія личности всевозможнаго рода отмѣчаются не только въ манерѣ держаться и въ поведеніи, но иногда также въ языкѣ: одна личность говоритъ тихо, другая громко, одна произноситъ по дѣтски, другая нормально.

ε) **Рѣчь и почеркъ.** У большинства шизофрениковъ рѣчь не представляетъ ничего особеннаго, однако у нашихъ больничныхъ больныхъ нерѣдки разстройства этой функціи. Часто влеченіе къ рѣчи претерпѣваетъ измѣненія: больные говорятъ много, причемъ часто безъ разумнаго основанія и безъ того, чтобы что-нибудь этимъ сказать; другіе вовсе перестаютъ говорить (мутизмъ) и дѣлаютъ это по разнымъ основаніямъ: иногда больные говорятъ, что идеи грѣховности не позволяютъ имъ разговаривать. То обстоятельство, что имѣются бредовыя идеи какъ разъ такого содержанія, въ свою очередь основано на другой болѣе отдаленной причинѣ, напр. на негативистическихъ стремленіяхъ. По временамъ задержки мѣшаютъ рѣчи. Однако, наиболѣе важной основой длительнаго мутизма является тотъ фактъ, что больные потеряли контактъ съ внѣшнимъ міромъ, и имъ нечего ему сказать.

Когда же больные говорятъ, интонація можетъ быть ненормальной, то рѣчь слишкомъ громкая, то слишкомъ тихая, то скорая, то медленная, то фистулой, то вродѣ мычанія, хрюканія, staccato, слишкомъ поспѣшная и т. д. Бываетъ, что больные для разговора вовсе не открываютъ рта, вслѣдствіе чего внятность рѣчи равняется нулю; а то рѣчь безъ примѣси чувства, монотонна, или въ какомъ нибудь отношеніи манерна (о вербигераціи см. ниже въ отдѣлѣ стереоти-

Zürich d. 2/12

Liebe Bruder!

Kann dich wirklich nicht begreifen dass du
mir nicht eine Musick geschickt. Sei doch
so gut, so schicke mir doch eine, ich habe ja sonst
nur lange Zeit, so du wirst begreifen, dass es hier
nicht so gemütlich ist, wie bei euch. Schicke
mir also eine Feine so Solide Musik. Du
kriegst ~~sie~~ eine schon für 2.–3 frs. ist
ja nicht viel. nur so ein Hôtel Secretär
Auch hoffe ich dass ich in 3 oder 4 Wochen
entlassen werde. Ich bin ja soweit, gesund,
dass ich schon draussen Arbeiten kann.
Ich kann aber nicht viel machen, so
lange ich hier bin, du musst halt
denken, die H.H. Dockteurchen sind
hier, die Herren der Schöpfung.
Und wenn ich hier fort bin so komme
natürlich nicht nach B. sondern gehe →

Рис. 24. Мѣняющійся почеркъ гебефреника. На слѣдующихъ — не воспроизведенныхъ здѣсь страницахъ — мѣняется также величина буквъ. Немотивированныя вставки словъ діалекта на фонѣ литературнаго нѣмецкаго языка.

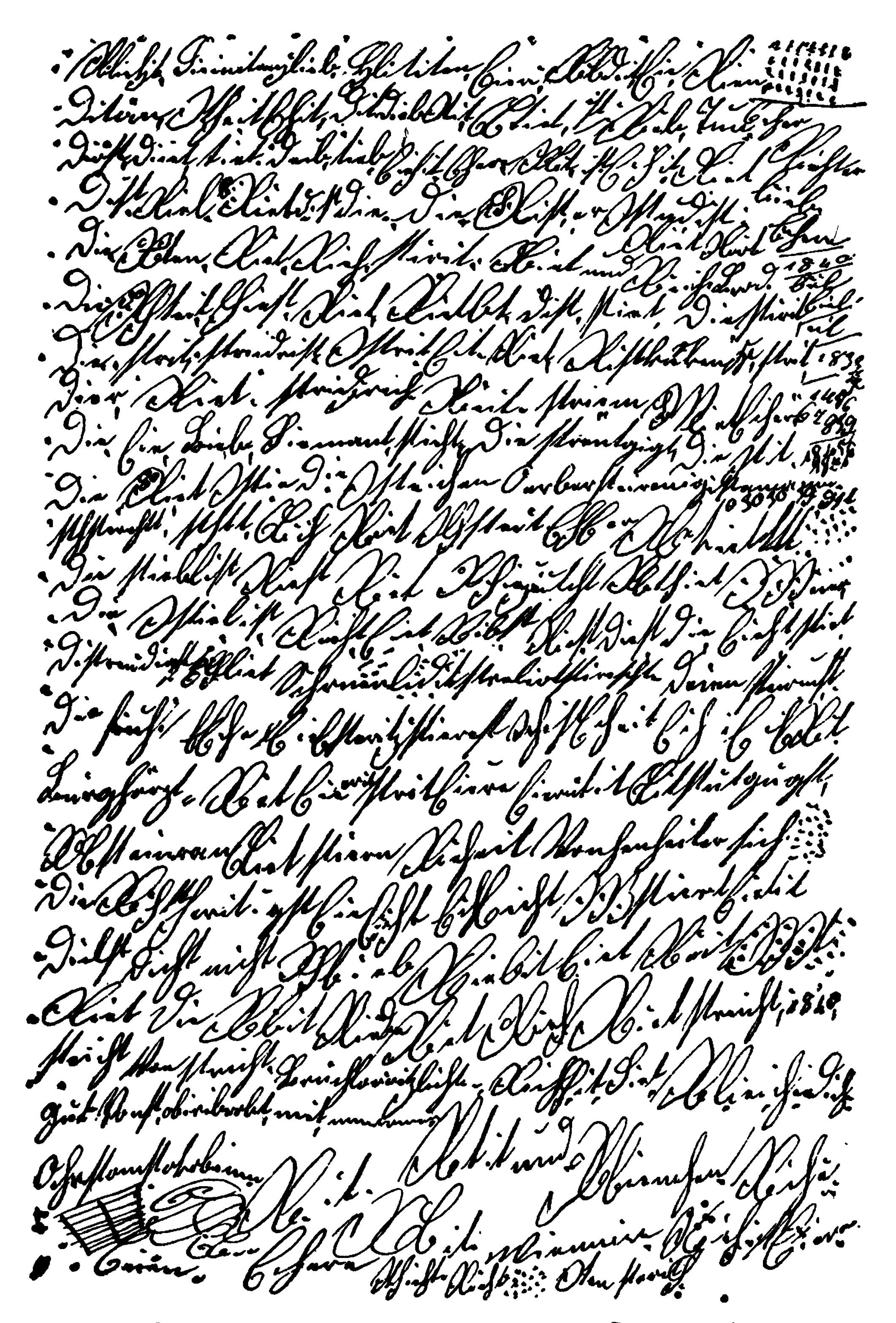


Рис. 25. Страница изъ письма шизофреника. Стереотипіи въ словахъ и добавленіяхъ. За исключеніемъ этихъ стереотипій ничего кататоническаго больше нѣтъ. Больной уже нѣсколько лѣтъ можетъ жить на волѣ.

пій). Въ манерѣ рѣчи иногда выражается опредѣленный комплексъ; въ уменьшительныхъ словахъ и высокомъ голосѣ дѣтскій комплексъ, въ употребленіи иностранныхъ словъ и претендующихъ на значительность удареній—соціальныя стремленія. Одна кататоничка говорила въ сознательномъ состояніи на обыкновенномъ цюрихскомъ нарѣчіи, во время болѣзненнаго приступа на Сенъ-Галленскомъ діа-

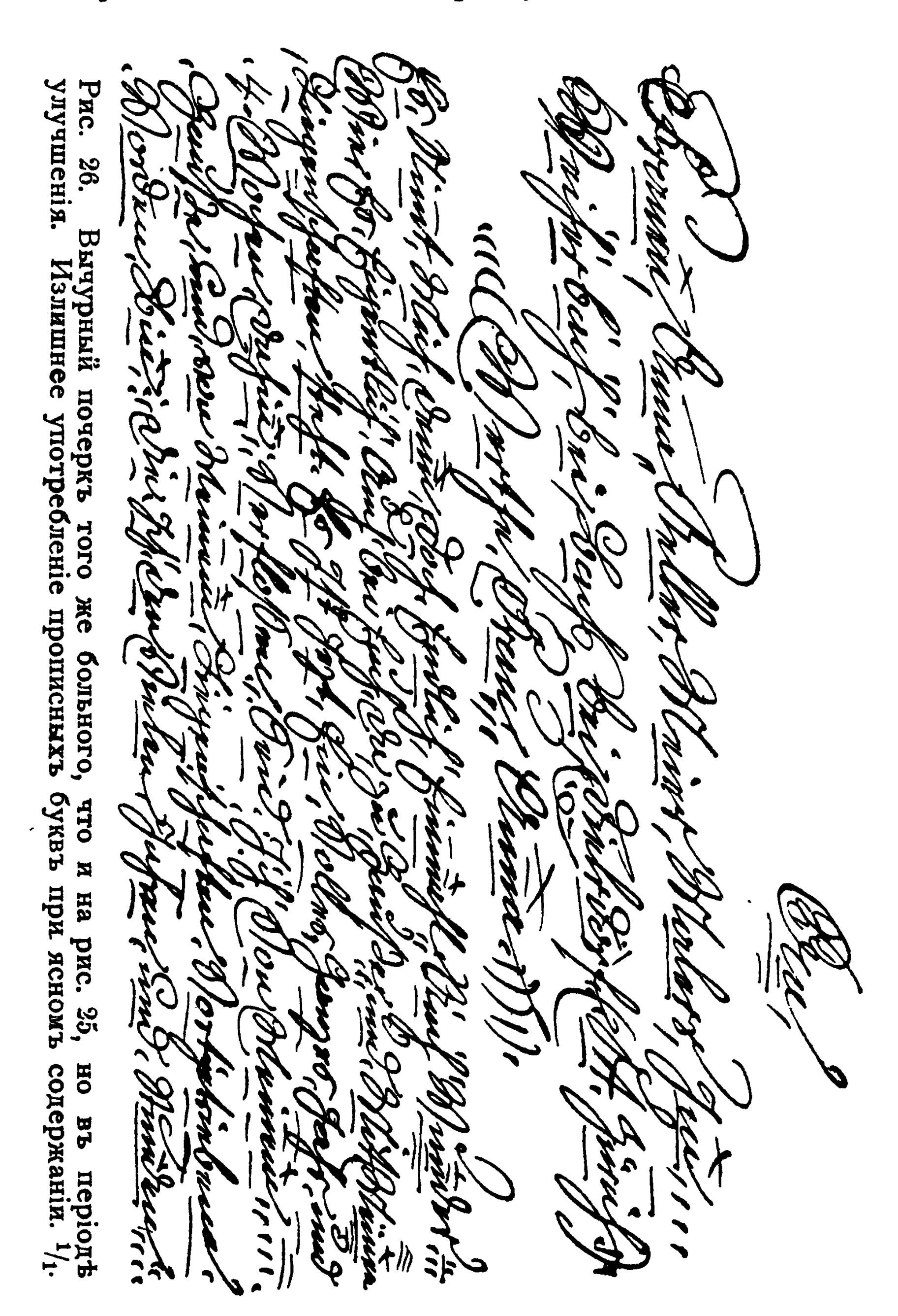


Рис. 26. Вычурный почеркъ того же больного, что и на рис. 25, но въ періодѣ улучшенія. Излишнее употребленіе прописныхъ буквъ при ясномъ содержаніи. 1/1.

лектѣ; говоря о мужѣ, употребляла грубыя выраженія и проклятія; зато когда рѣчь шла объ Америкѣ, съ которой у нея были связаны соціальныя вожделѣнія, она выражалась очень мило литературнымъ стилемъ.

Часто понятія обозначаются не тѣми словами: вмѣсто „wacker“—„rändig“, стоячіе часы называются „буфетъ“; или же образуются н е-

ологизмы частью для существующихъ понятій, часто для новыхъ представленій. „Двойной политехникумъ“ обозначаетъ общее опредѣленіе всего, что больная умѣетъ, и полагающагося ей вознагражденія; больному причиняютъ боли „космическимъ путемъ“. Иногда и грамматика терпитъ крушеніе (параграмматизмъ). Многія слова употребляются не въ настоящемъ смыслѣ, напр. слово „убійство“ часто означаетъ всѣ муки, которыя больныя испытываютъ. „Я Англія“ означаетъ: Англія принадлежитъ мнѣ.

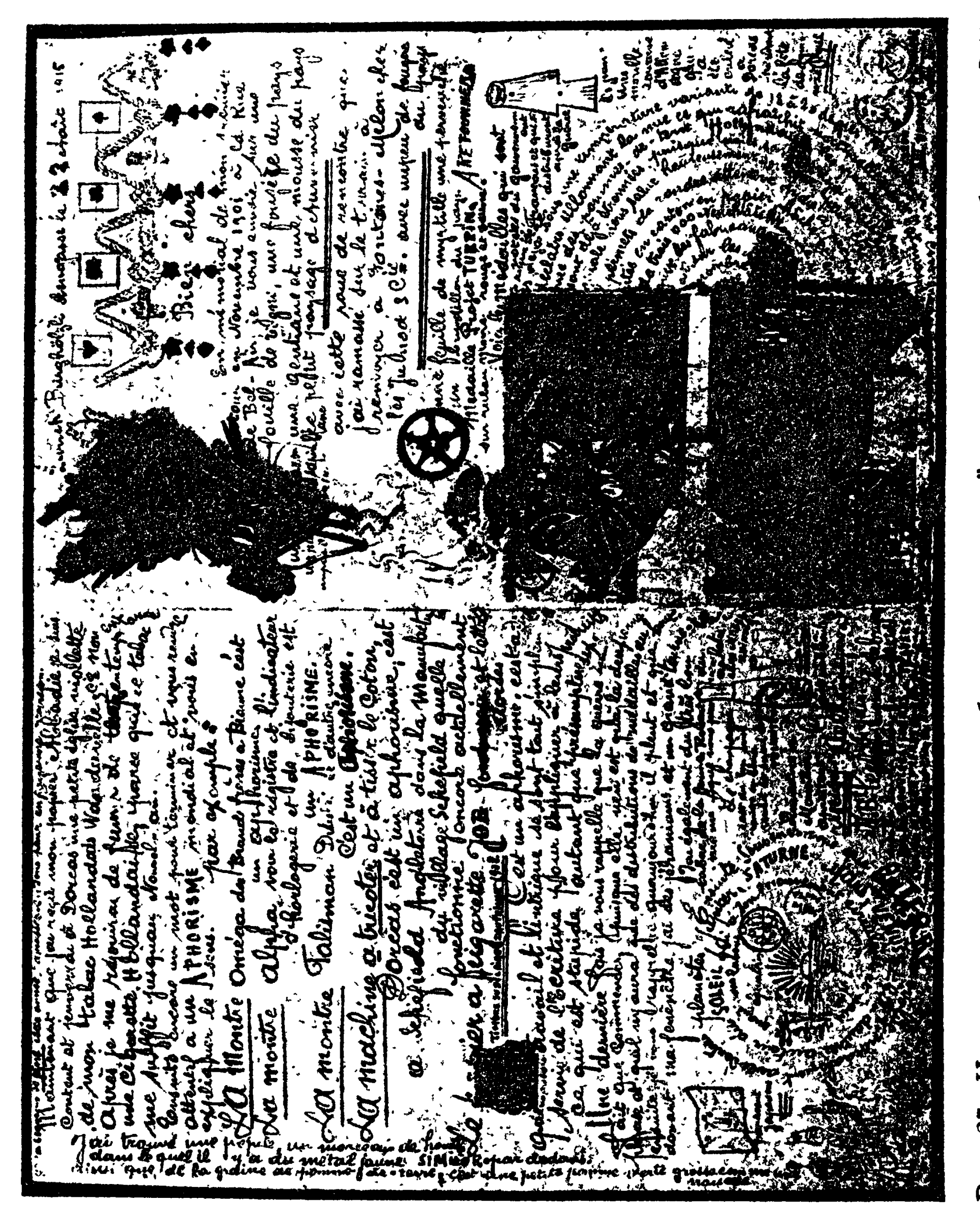


Рис. 27. Изъ письма параноиднаго больного, который еще аккуратно работаетъ. Обѣ фигуры и (уменьшенная) почтовая марка вырѣзаны изъ газетъ и наклеены. Колесико это приклеенное колесико отъ часовъ. 1/2

Одинъ параноидный больной писалъ: „Zentraleuropa und Zentraleuropaaera Nr. 3258 Eernst Gisler Trauungg auch dder Schlüsel ddurch Herr Pfarrer Dr. Studer Kaiser DDes Titt. Standdenbank pprr p 96 oder Postbrief 3 ,vvia Kaiserlichen undt Königlichen auch Kaiserlich Königlichen Gewerbes Titt, Rheinau. Mo work Badd ggut 3/8 Herr dr. hc. 30/7 Bern 27/7 DD 18/7 kurz 30/7 3/8 Aa 1906 Datum. Sssie Zahlen geegen Voorweisen eeines Billetes Frkn Achttausendt in Banknotenn auch Titt. Berner Kantonalbank in Bern oder B K B. Frkn 8000 baar Bestände à Zehn Prozente Frkn 8.800

jeddenfals Frkn 800 maal Zehn à Eeilf“. Это писаніе означаетъ: „Мы императоръ центральной Европы, Е....., Nr. 3258, обвѣнчанные съ Frl. Gisler (причемъ одновременно обезпечено право на свободу), Владѣлецъ и Владыка банка, черезъ который мы путемъ почтовыхъ переводовъ удовлетворяемъ свои потребности, и промысла въ Rheinau, издаемъ слѣдующее повелѣніе: Вы или Бернскій кантональный банкъ платите по предъявленіи этого билета 8000 фр. наличными съ 10%...“.

Иногда больной говоритъ или пишетъ слова, которыя не имѣютъ для насъ никакого значенія (словесная окрошка), или же больной говоритъ на особомъ „искусственномъ языкѣ“ иногда съ претензіей на то, чтобы его понимали.

„guwesim ellsi bäschi was wie emschi wüsel dümte rischi güwe schäme brisell engwit rühsel schäme bärsel güwe emschi rahsil bügin raschwi emso Gluwi rüllsil tügsee bühsee ralit. schügen wüte büser . . . . (гебефренія).

Въ своихъ писаніяхъ больные выражаются такъ же, какъ и устно. Всякаго рода уклоненія въ стилѣ попадаются часто. Почеркъ иногда вычурный или очень манерный, нерѣдко внезапно мѣняется и производитъ впечатлѣніе чужого, содержитъ повтореніе буквъ, словъ, особыхъ знаковъ (письменная вербигерація), пропуски, или злоупотребленіе прописными буквами, своебразную орѳографію. Порядокъ письма, манера складывать бумагу тоже часто представляютъ особенности. При кататонической „оглушенности“ наблюдаются непроизвольныя ошибки, особенно пропуски буквъ, соединеніе двухъ словъ въ одно („icht“ вмѣсто „ich nicht“), путаница, благодаря преждевременному вплетанію послѣдующихъ словъ, о которыхъ пишущій уже подумалъ.

ς) **Физическіе симптомы.** Физическіе симптомы обыкновенно не рѣзко выражены; однако иногда наблюдаются признаки мозгового давленія, которое нужно приписать отчасти отеку въ полости черепа, отчасти особому „набуханію мозга“ (Reichardt).

Вѣсъ тѣла подвергается большимъ и капризнымъ колебаніямъ; особенно часто замѣчается сильное ожирѣніе во время выздоровленія отъ остраго приступа. Въ теченіе кататоническихъ состояній мы часто видимъ тяжелое разстройство обмѣна веществъ; получается картина инфекціи: сильно обложенный языкъ, трясеніе, быстрое паденіе вѣса, упадокъ силъ даже при достаточномъ питаніи, иногда слегка повышенная температура. Эти разстройства обмѣна веществъ могутъ вести къ смерти такъ же, какъ и набуханіе мозга.

Дѣятельность кишечника и различныхъ железъ, насколько мы знаемъ, остается нормальной въ большинствѣ хроническихъ случаевъ, однако иногда она носитъ очень капризный характеръ: запоры, смѣняющіеся частыми поносами, поліурія и пэнурія; точно также наблюдается птіализмъ въ высокой степени и сухость во рту.

Болѣе всего, можетъ быть, бросается въ глаза, нарушеніе функціи сосудодвигательнаго аппарата. Пульсъ безпричинно колеблется; часто имѣемъ livor и ціанозъ, доходящій въ рѣдкихъ тяжелыхъ случаяхъ до сине-черной окраски рукъ и ногъ. Голова или любая другая ограниченная часть тѣла можетъ вдругъ стать горячей, другая часть холодной. Отеки какой то особенной консистенціи появляются на ногахъ, въ лицѣ, въ суставахъ кисти, иногда на совершенно необычайныхъ мѣстахъ. Менструація часто разстроена, однако больше въ смыслѣ уменьшенія, нежели

гиперфункціи. Особенно въ острой стадіи она надолго исчезаетъ. Однако обычныя у здоровыхъ женщинъ субъективныя менструальныя жалобы тутъ почти не наблюдаются, что является серьезнымъ указаніемъ на психическое происхожденіе разстройствъ. Мужчины иногда становятся **импотентами** или же, по крайней мѣрѣ, libido понижается.

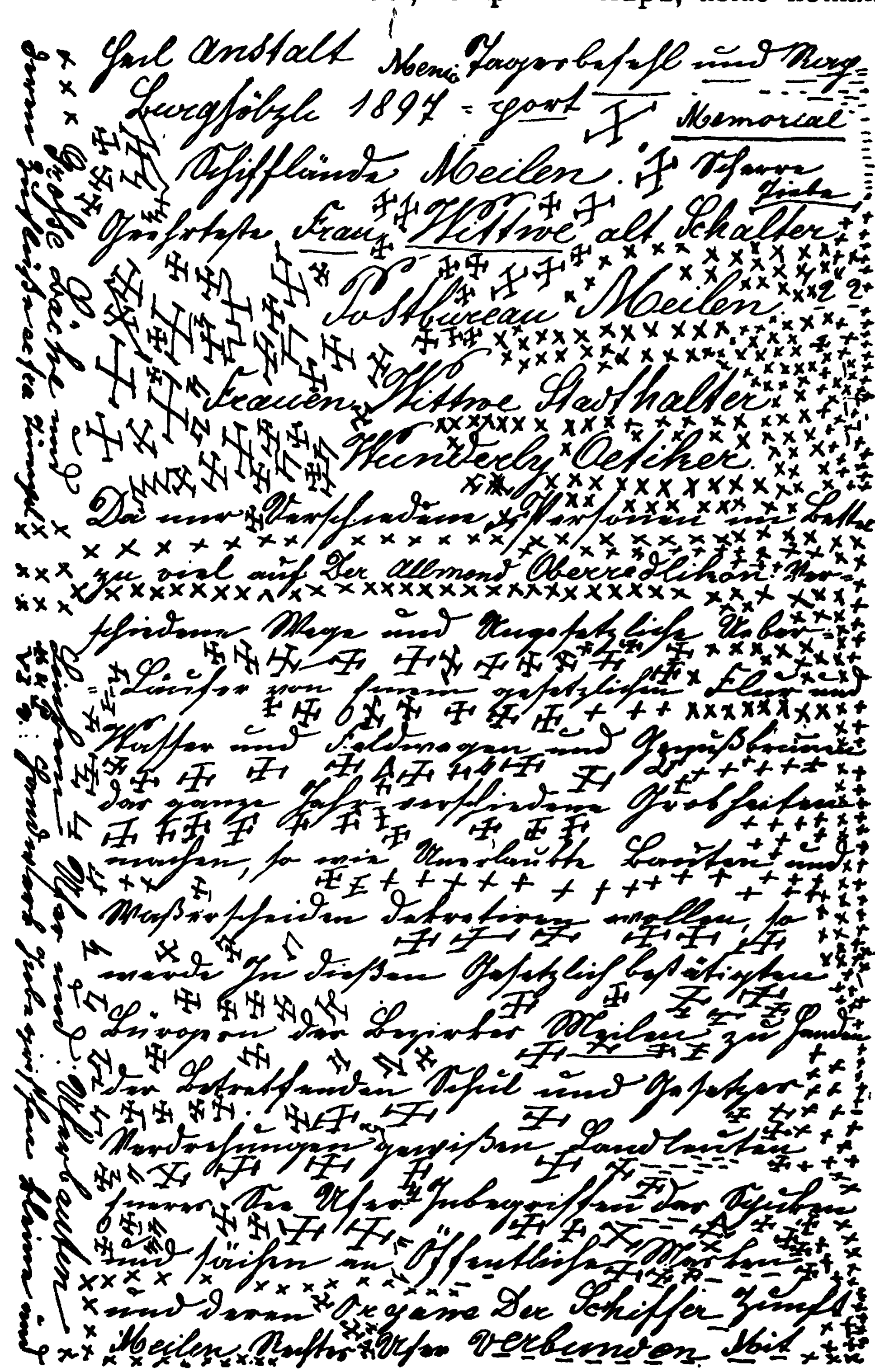


Рис. 28. Начало письма слегка маніакальнаго кататоника съ стереотипнымъ заполненіемъ мѣста. Больной послѣ приступа былъ въ теченіе многихъ лѣтъ въ состояніи опять зарабатывать себѣ на хлѣбъ.

Сонъ во время обостреній, конечно разстраивается; въ противоположность этому иногда наблюдается постоянная сонливость. Хроническіе больные то спятъ нормально, то всю ночь возбуждены изъ за галлюцинацій.



Рис. 29. Изъ записной книжки хроническаго кататоника. Вербигерація въ буквахъ. Дѣтскіе рисунки, а между прочимъ больной, вообще говоря, рисуетъ недурно. 1/1.

Явленія утомленія весьма различны; особенно въ началѣ они часто составляютъ выдающійся симптомъ: больные сейчасъ же устаютъ отъ малѣйшей работы, особенно отъ умственной, и поэтому уходятъ по возможности въ совершенное ничегонедѣланіе; иногда этому предшествуетъ тяжелая внутренняя борьба. Другіе, наоборотъ, почти не чувствуютъ усталости ни отъ работы, ни отъ напряженія, причиняемаго возбужденіемъ или гиперкинезіей.

Изъ двигательныхъ симптомовъ нужно упомянуть еще частое усиленіе идіомускулярныхъ сокращеній и фибриллярныя или даже мышечныя подергиванія въ лицѣ, затѣмъ мелкое трясеніе (болѣе крупное трясеніе относится къ острымъ состояніямъ съ ослабленіемъ).

Походка въ тяжелыхъ случаяхъ часто особенная, какъ бы безцѣльная, неправильная въ смыслѣ ширины и продолжительности шаговъ. Органическіе параличи не относятся къ картинѣ шизофреніи, но зато бываютъ — хоть и не слишкомъ часто — всевозможные истериформные параличи.

Глубокіе рефлексы большею частью повышены. Зрачки въ острыхъ состояніяхъ часто патологически расширены, рѣдко слишкомъ узки и то больше у хроническихъ больныхъ, чаще они временами, съ извѣстными колебаніями, неравномѣрны. Обычно психическіе рефлексы зрачковъ отсутствуютъ.

(О каталепсіи см. въ главѣ о кататоническихъ симптомахъ).

Наряду съ галлюцинаціями соматическихъ ощущеній очень часты парэстезіи всякаго рода, часто онѣ долгое время представляютъ

единственный симптомъ болѣзни. Замѣчательна анальгезія, иногда абсолютная, встрѣчающаяся не очень рѣдко; благодаря ей больные часто себя ранятъ и нарочно, и невольно.

Иногда наблюдаются кататоническіе припадки; имѣются два крайнихъ типа со всевозможными промежуточными формами: съ одной стороны, чисто психическіе припадки, имѣющіе видъ истерическихъ; съ другой стороны, органическіе съ разстройствомъ сознанія, затрудненнымъ теченіемъ мыслей, непроизвольнымъ опорожненіемъ мочи и кала, иногда еще съ легкими остаточными парезами рѣчи, одного n. facialis, одной половины тѣла. Если больные при этомъ не совсѣмъ теряютъ сознаніе, то у нихъ наблюдается бредъ въ видѣ болѣе или менѣе прозрачнаго истерическаго сумеречнаго состоянія. Наряду съ этимъ бываютъ обмороки, особенно же типическія эпилептиформныя судороги.



Рис. 30. Произвольная поза кататоника; въ началѣ больной оставался въ ней постоянно; впослѣдствіи онъ сталъ принимать эту позу лишь при появленіи врача.



Рис. 31. Постоянная поза кататонички, которая несмотря на всѣ мѣры привела къ довольно сильному кифозу.

Физическія уродства (признаки вырожденія), повидимому, наблюдаются нѣсколько чаще, чѣмъ у здоровыхъ, но далеко не такъ часто, какъ у идіотовъ, эпилептиковъ, преступниковъ.

η) Кататоническіе симптомы. Этимъ именемъ называютъ нѣкоторые симптомы, которые въ свое время помогли установить понятіе кататоніи. Они могутъ отлично появляться поодиночкѣ, однако не лишено вѣроятія, что они все же внутренне между собою связаны въ томъ смыслѣ, что они чаще всего появляются при извѣстномъ состояніи мозга, именно томъ, которое лежитъ въ основѣ кататоніи.



Рис. 32. Стереотипная, кататоническая поза съ закрытыми глазами. Она изображаетъ какой то комплексъ величія. Мимика лица ничего не выражаетъ.

1. Каталепсія (восковая гибкость, pseudoflexibilitas и неподвижная каталепсія) см. выше.

Большинство шизофрениковъ съ болѣе сильной каталепсіей пребываютъ мѣсяцами и годами въ одной опредѣленной позѣ: одинъ стоитъ у окна на цыпочкахъ одной ноги, поднявъ высоко другую ногу и обѣ руки. Другіе занимаютъ опредѣленное положеніе въ постели и т. д. Обычно эти формы связаны съ неподвижной каталепсіей.

2. Ступоръ. Ступоръ различнаго происхожденія бываетъ очень часто въ острыхъ состояніяхъ, но и въ хронической стадіи можетъ тянуться десятками лѣтъ. Больные малоподвижны, говорятъ мало или вовсе не говорятъ, вообще доводятъ до минимума общеніе съ внѣшнимъ міромъ. Каталептики, конечно, всѣ ступорозны. Многіе имѣютъ угнетенный видъ. („Melancholia attonita"). Въ тяжелыхъ случаяхъ имѣется, большею частью, масса галлюцинацій всѣхъ чувствъ съ неузнаваніемъ внѣшняго міра и условій обстановки: больные находятся въ странѣ сновидѣній.

3. Гиперкинезъ. Нѣкоторые кататоники находятся постоянно въ движеніи: качаютъ головой, прыгаютъ, бьютъ по кровати, кидаются, бросаются головой внизъ, падаютъ назадъ черезъ ножной конецъ кровати, лѣзутъ вверхъ, куда только могутъ — и все это какимъ то особымъ образомъ, безъ видимой цѣли.

4. Стереотипіи. Наклонность къ стереотипіямъ захватываетъ всѣ области. Она можетъ быть эпизодичной, но также легко можетъ десятками лѣтъ выражаться въ одинаковыхъ движеніяхъ и одинаковой позѣ.

С т е р е о т и п н ы я д в и ж е н і я, потираніе въ теченіе десятковъ лѣтъ правой кистью о лѣвый большой палецъ; растираніе средины груди правой рукой; перебираніе пальцами всѣхъ планокъ и переборокъ; топаніе ногами въ опредѣленныхъ мѣстахъ; стукъ по опредѣленному мѣсту кровати; поворачиваніе вокругъ продольной оси, держа руку въ опредѣленномъ положеніи, и т. д. Отдѣльныя стереотипіи имѣютъ видъ безсмысленныхъ поступковъ: выщипываніе волосъ въ опредѣленныхъ мѣстахъ, засовываніе пальца въ anus, особая манера пачкаться, скручивать платье, обрывать пуговицы.

С т е р е о т и п н ы я п о з ы. Многіе лежащіе въ постели кататоники держатъ голову приподнятой съ подушки въ положеніи, котораго здоровый не могъ бы долго выдержать, или притягиваютъ колѣна къ подбородку или стоятъ, застывши въ позѣ египетской статуи; разставляютъ ноги, недѣлями смотрятъ въ одну точку, иногда скосивши глаза ad maximum.

С т е р е о т и п н ы я м ѣ с т а. Больные стремятся занимать всегда то же самое мѣсто, въ саду ходятъ всегда одной и той же дорогой, такимъ образомъ протаптывая ее, или же они въ опредѣленномъ мѣстѣ трогаютъ стѣну, которая въ этомъ мѣстѣ узурируется.





Рис. 33 a и 33 b. „Schnauzkrampf" у кататонички, у которой чередуются маніакальные и меланхолическіе дни. Чередованіе фазъ очень опредѣленное, иногда перемѣна наступаетъ поминутно. a. меланхолическій день. b. маніакальный день.

Особая разновидность стереотипіи это Schnauzkrampf (надутыя губы). Въ музыкальной игрѣ можно годами слышать однѣ и тѣ же фигуры (м у з ы к а л ь н а я в е р б и г е р а ц і я).

Стереотипная рѣчь, в е р б и г е р а ц і я: постоянное повтореніе однихъ и тѣхъ же словъ или выраженій, часто совершенно безсмысленныхъ. (Не смѣшивать съ постоянно повторяемыми восклицаніями [Господи! Убейте меня! и т. п.], представляющими выраженіе длительнаго депрессивнаго аффекта).

Мысли, желанія и галлюцинаціи тоже могутъ принимать стереотипный характеръ.

Часть стереотипій имѣетъ понятное содержаніе: однѣ изображаютъ движенія сапожника, т. к. возлюбленный былъ сапожникомъ; другія — балансированіе въ кадрили, т. к. знакомство съ возлюбленнымъ состоялось во время кадрили. Въ двухъ случаяхъ „Schnauzkrampf" былъ выраженіемъ презрѣнія къ окружающимъ. Сами больные однако не отдаютъ себѣ отчета въ значеніи стереотипій; по крайней мѣрѣ, въ теченіе той фазы, когда имѣлись стереотипіи, я отъ больныхъ не могъ добиться никакихъ данныхъ по этому поводу. Выясняютъ дѣло только ассоціаціонный экспериментъ, позднѣйшія или косвенныя указанія больного, подробный объективный анамнезъ и т. п.

5. Манерничаніе[1]). Многіе больные принимаютъ различныя позы; одинъ, напр., годами старался подражать Бисмарку[2]); другіе вообще хотятъ изобразить нѣчто особенное, почти всегда вычурнымъ, дѣланнымъ, каррикатурнымъ образомъ. Иногда видоизмѣняются или принимаютъ вычурный характеръ лишь отдѣльныя дѣйствія: прежде чѣмъ взять кусокъ въ ротъ, нужно три раза ударить по тарелкѣ; пища семь разъ берется на вилку и кладется обратно, прежде чѣмъ попасть въ ротъ; при одѣваніи сукно растирается нѣсколько разъ передъ каждымъ движеніемъ; больная три раза обходитъ вокругъ судна, прежде чѣмъ сѣсть на него. Въ разговорѣ употребляются уменьшительныя или иностранныя слова съ аффектированнымъ удареніемъ. Ко всякому слову пристегивиется „йо“ или „измъ“. Рука подается для пожатія наоборотъ, или же подается только мизинецъ.

6. Негативизмъ является очень частымъ и очень непріятнымъ симптомомъ шизофреніи. Когда больному слѣдуетъ встать, онъ хочетъ остаться въ постели; а когда нужно остаться въ постели, тогда онъ хочетъ встать. Они не одѣваются и не раздѣваются, не идутъ къ столу и не уходятъ отъ него тогда, когда отъ нихъ этого требуетъ распорядокъ больницы, или когда имъ велятъ; зато они часто выполняютъ то или иное дѣйствіе въ другое время или вообще наперекоръ окружающимъ. Сами они не идутъ въ уборную, если же ихъ туда повести, они задерживаютъ стулъ, а потомъ непосредственно за этимъ мараются въ постели или въ одеждѣ. Они ѣдятъ супъ вилкой или дессертной ложкой, а дессертъ суповой ложкой. Многіе изо всѣхъ силъ сопротивляются всякому воздѣйствію, часто при этомъ возбуждаются, ругаются, дерутся; такимъ образомъ, негативизмъ становится источникомъ приступовъ ярости. Онъ можетъ развиться до степени настоящаго издѣвательства, активнаго желанія, постоянно раздражать окружающихъ утонченнѣйшимъ образомъ; больные прячутъ свои вещи и говорятъ, что прислуга украла или не дала имъ и т. п. Въ отдѣльныхъ случаяхъ удается навѣрняка заставить больного что нибудь сдѣлать, если ему это запретить или приказать сдѣлать наоборотъ (негативизмъ по приказанію). Многіе больные негативистичны по отношенію къ собственнымъ влеченіямъ (внутренній негативизмъ); какъ только они хотятъ выполнить какое либо дѣйствіе, появляется задержка или контръ-влеченіе, такъ что часто они не могутъ управиться съ самыми простыми дѣйствіями, напр. съ ѣдой. Ложка застряваетъ на полпути ко рту и, въ концѣ концовъ, приходится ее класть назадъ на мѣсто.

Большой помѣхой являются негативистическія тенденціи и въ чисто умственной сферѣ; каждый разъ, когда больные о чемъ либо думаютъ, имъ приходится думать и противоположное: „я въ Burghölzli, нѣтъ, я не въ Burghölzli“ (умственный негативизмъ). Даже голоса могутъ постоянно говорить противоположное тому, чего больные хотятъ или о чемъ думаютъ, или же они противорѣчатъ себѣ одновременно.

---

[1]) Lenz копировалъ Гёте настолько, что даже ухаживалъ за его бывшими возлюбленными.

[2]) По Ziehen'у: „Abänderungsstereotypien“. (Однако не всякое манерничаніе бываетъ обязательно стереотипнымъ).


Рис. 34. Гримасничающій кататоникъ.

Однако негативизмъ, даже если онъ очень рѣзко выраженъ, не представляетъ ничего абсолютнаго: по отношенію къ однимъ лицамъ онъ сильнѣе, чѣмъ по отношенію къ другимъ. Часто онъ проявляется только въ отношеніяхъ съ больничнымъ персоналомъ, но не съ другими больными. Иногда онъ вызывается тѣмъ, что задѣты комплексы.

Негативизмъ это сложный симптомъ. „Отрицательная внушаемость" представляетъ до извѣстной степени нѣчто нормальное, особенно у маленькихъ дѣтей она часто очень выдвигается и пріобрѣтаетъ непріятный характеръ, когда они отказываются отъ всего. Почему негативизмъ особенно проявляется у шизофрениковъ? Возможно, что на то есть элементарное основаніе, котораго мы не знаемъ. Во всякомъ случаѣ онъ связанъ съ аутизмомъ, который дѣлаетъ непріятной всякую помѣху извнѣ. Кромѣ того враждебное настроеніе, естественно, создается благодаря недостаточному пониманію окружающаго, и благодаря принимаемымъ мѣрамъ (помѣщеніе въ закрытую больницу). Иногда, особенно у женщинъ, играетъ роль и сексуальность и свойственная имъ сильная двойственность, что заставляетъ больныхъ отклонять то, чего онѣ въ сущности хотятъ.

Внутренній расколъ выводитъ наружу внутренній негативизмъ, какъ внѣшній заставляетъ порвать съ внѣшнимъ міромъ.

Сами больные обыкновенно не въ состояніи указать причины своего негативистическаго поведенія. Объяснять это бредовыми идеями или голосами нельзя, ибо обычно бываетъ наоборотъ: содержаніе именно этихъ симптомовъ обусловливается имѣющимся негативизмомъ.

7. **Автоматизмъ по приказанію и эхопраксія.** Внѣшнюю противоположность негативизму представляетъ наблюдающееся иногда у нашихъ больныхъ автоматическое исполненіе приказаній даже тогда, когда это противъ воли больныхъ, напр. когда имъ приказываютъ высунуть языкъ и при этомъ грозятъ проколоть его. Кромѣ того, иногда наблюдаются, какъ въ сумеречномъ, такъ и въ сознательномъ состояніи, эхопраксія и эхолалія.

8. **Автоматизмъ (со включеніемъ навязчивыхъ явленій).** Автоматическія дѣйствія нигдѣ такъ часто не встрѣчаются, какъ при шизофреніи, причемъ степень связи ихъ съ сознательнымъ Я бываетъ очень различна. Движенія, не имѣющія никакого видимаго значенія, поднятіе рукъ, поза распятаго, крикъ, затѣмъ „дѣйствія" въ собственномъ смыслѣ слова, какъ битье стеколъ, разрываніе платья, пачкотня — все это часто производится безъ участія сознательной воли больного. Иногда, правда, дѣло доходитъ до поджога, убійства, самоубійства; однако, часть этихъ тяжелыхъ антисоціальныхъ поступковъ выполняется настолько неловко, что получается впечатлѣніе, что внутреннее противодѣйствіе мѣшаетъ дѣйствительному достиженію цѣли.

Автоматическіе импульсы могутъ привести лишь къ измѣненію нормальныхъ волевыхъ дѣйствій, напр. больная противъ своей воли неправильно выполняетъ сложное вязаніе, хотя она хорошо знаетъ рисунокъ.

Автоматизмы рѣчи рѣдко приводятъ въ шизофреніи къ связнымъ построеніямъ, зато иногда получается безсмысленная галиматья. Сюда же можно причислить и вербигерацію, да и вообще большая часть стереотипій протекаетъ автоматически. Копролялія часто носитъ опредѣленно навязчивый характеръ.

Наблюдаются также шизофреническое навязчивое мышленіе, навязчивое воспоминаніе, даже навязчивая остановка мышленія. Изъ числа аффективныхъ разстройствъ особенно часто встрѣчается навязчивый смѣхъ; онъ рѣдко походитъ на истерическій судорожный смѣхъ, скорѣе это бездушное мимическое проявленіе, за которымъ не замѣчается никакого чувства. Часто удается его вызвать намекомъ на комплексъ. Иногда больные чувствуютъ только движеніе мускуловъ лица („тянущій смѣхъ“).

Въ отличіе отъ истеричныхъ и навязчивыхъ больныхъ, шизофреники обыкновенно мало думаютъ о своихъ автоматизмахъ. Просто, такъ выходитъ, иначе они не могутъ, и этимъ они удовлетворяются. Отдѣльные больные все же съ этимъ борются, чувствуютъ, что все это имъ навязано, а больше всего думаютъ, что они одержимы, или что на нихъ воздѣйствуютъ преслѣдователи. Въ такихъ случаяхъ больные нерѣдко принимаютъ мѣры защиты, которыя должны ихъ лишить возможности производить эти дѣйствія (напр., вставляютъ себѣ кусокъ дерева въ ротъ, чтобы не произносить неподобающихъ словъ).



Рис. 35. Маніакальная шизофреничка съ вѣнкомъ изъ травы и вѣтокъ, кромѣ того она стереотипнымъ образомъ держитъ обѣими руками нижнюю часть платья, свернутую въ видѣ колбасы. Въ постели она держитъ передъ собою свернутую такимъ же образомъ простыню. Интересъ, который процессъ фотографированія возбудилъ въ больной, замаскировываетъ обычную неподвижность выраженія лица ея.

Автоматизмы нужно понимать, какъ дѣйствія подсознанія; комплексы, на которыхъ они основаны, можно обнаружить у доступныхъ больныхъ посредствомъ анализа.

9. **Импульсивность.** Шизофреническая импульсивность не представляетъ единаго симптома, а является частой формой патологическихъ дѣйствій, имѣющей разные корни.

Импульсивныя дѣйствія частью автоматичны, частью аффективны, т. е. это „разряды“ аффективнаго напряженія, благодаря которому больной плохо себя чувствуетъ и доходитъ до того, что долженъ что нибудь выкинуть: онъ начинаетъ браниться,

бить и рвать все, и черезъ нѣсколько минутъ или дней опять успокаивается. Сюда же можно причислить и „тюремное буйство" у скрытыхъ шизофрениковъ. Внезапныя вспышки аффекта гнѣва, столь частыя у шизофрениковъ, тоже ведутъ къ импульсивнымъ дѣйствiямъ. Многiе внезапные поступки основаны на разстройствѣ ассоцiацiй; мы имѣемъ дѣло тогда съ немотивированными выходками, которыя приходятъ въ голову больному и совершаются имъ безъ всякаго сопротивленiя съ его стороны.

б) **Острые синдромы.** Ходъ болѣзни часто прерывается острыми приступами различнаго вида и происхожденiя. Сюда относятся: ухудшенiя патологическаго процесса кататонически-галлюцинаторнаго или ступорознаго вида, болѣе простыя обостренiя хроническаго состоянiя большею частью съ параноидными или кататоническими синдромами, ненормальная реакцiя на аффективно-окрашенныя переживанiя, особенно въ формѣ истероподобныхъ сумеречныхъ состоянiи или приступовъ брани. Часть манiакальныхъ и меланхолическихъ сдвиговъ настроенiя представляютъ побочные продукты болѣзненнаго процесса. Затѣмъ, бываютъ, конечно, такiя состоянiя, которыя вовсе не зависятъ непосредственно отъ болѣзни, а лишь осложняютъ ее или вызываются ею, какъ, напр., перiодическiя измѣненiя настроенiя, которыя можно приписать сопутствующему манiакально-депрессивному помѣшательству. Эти острые приступы могутъ продолжаться нѣсколько часовъ и нѣсколько лѣтъ. Даже тяжелыя формы, производящiя впечатлѣнiе самостоятельнаго психоза, могутъ вспыхнуть внезапно, даже, можно сказать, мгновенно. Выдѣленные тутъ синдромы рѣдко проявляются въ чистомъ видѣ. Обостренiе шизофреническаго процесса благопрiятствуетъ развитiю психогенныхъ симптомовъ; такимъ образомъ, явленiя могутъ комбинироваться разнообразно.

Меланхолическiя и манiакальныя состоянiя часто представляютъ первый явный синдромъ болѣзни, однако они иногда прослаиваются позднѣе. Они тянутся мѣсяцы и годы и проявляются въ видѣ комбинацiи меланхолической или манiакальной трiады съ шизофреническими симптомами.

Депрессивный аффектъ здѣсь часто смѣшивается со страхомъ, но онъ неподвиженъ, поверхностенъ, проявленiя его преувеличены, часто патетичны; бросается въ глаза нелѣпость бредовыхъ идей. Иногда наблюдается смѣсь нелѣпыхъ идей величiя съ депрессивнымъ бредомъ. Разстройство мышленiя доходитъ до крайности и можетъ вести къ абсолютному монидеизму, который врядъ ли встрѣчается въ простой меланхолiи.

Манiакальныя состоянiя носятъ такой же характеръ. Непосредственная веселость манiакальнаго больного здѣсь отсутствуетъ; взрывы ярости часто имѣютъ немотивированный характеръ. Неподвижность аффектовъ особенно бросается въ глаза. Къ ускоренной смѣнѣ идей присоединяются разлаженность и причудливыя шизофреническiя ассоцiацiи. Манiакальное стремленiе дѣйствовать легко превращается здѣсь въ безтолковую суетливость; за странными поступками слѣдуютъ гримасы. Обычно имѣются галлюцинацiи и бредовыя идеи. Однако, тутъ бредовыя идеи носятъ болѣе мимолетный характеръ, нежели въ депрессивныхъ состоянiяхъ.

Особенно важное значеніе имѣютъ острыя кататоническія состоянія, въ которыхъ кататоническіе симптомы могутъ любымъ образомъ комбинироваться. Въ акинетическихъ формахъ аттоніи, ступора, восковой гибкости больные мало—или вовсе неподвижны; они не слѣдятъ за собой, даютъ слюнѣ течь изо рта, вообще не глотаютъ, испражняются подъ себя и т. д. Иногда они подолгу застываютъ въ странныхъ позахъ. Большею частью, имѣется полный мутизмъ. Однако, временами такое состояніе бываетъ доступно преходящему психическому воздѣйствію и, благодаря этому, больной выполняетъ какое либо дѣйствіе или даетъ отвѣтъ. Больные съ мутизмомъ иногда объясняются письменно. Часто при этомъ наблюдается обложенный языкъ, fuligo. Какъ разъ въ этой картинѣ чаще и сильнѣе бываютъ осложненія вазомоторными симптомами.

Въ рѣзко выраженныхъ гиперкинетическихъ случаяхъ больные днемъ и ночью обрѣтаются въ движеніи: кувыркаются, лазаютъ, скачутъ черезъ кровать, стучатъ двадцать разъ по столу, затѣмъ въ стѣнку, качаются, присѣдаютъ, подпрыгиваютъ въ воздухъ, бьютъ, ломаютъ, ущемляютъ себѣ руку въ самыхъ невозможныхъ положеніяхъ между радіаторами отопленія, не обращая вниманія на ожоги, кричатъ, поютъ, вербигерируютъ, бранятся, смѣются, плачутъ, плюютъ, корчатъ гримасы: грустныя, испуганныя, веселыя; берутъ въ руки какой либо предметъ, вертятъ его во всѣ стороны, кладутъ на другое мѣсто, дѣлаютъ тысячу другихъ движеній. хотя каждый отдѣльный больной ограничивается, большею частью, опредѣленнымъ количествомъ движеній. Въ движеніяхъ всегда есть что то ненормальное. Когда больной поднимаетъ какой нибудь предметъ, онъ это дѣлаетъ особымъ образомъ, такъ, какъ это вообще не дѣлается; въ постель онъ ложится съ головного конца съ особыми гимнастическими движеніями, или онъ въ нее опрокидывается и т. п. Движенія производятся съ большой силой и почти всегда съ напряженіемъ ненужныхъ мышцъ; больной относится къ себѣ такъ же грубо и безцеремонно, какъ и къ окружающимъ его одушевленнымъ и неодушевленнымъ предметамъ. — Бываютъ и всевозможныя промежуточныя переходныя картины. Многіе больные, хотя тоже находятся постоянно въ движеніи, но движенія ихъ носятъ медленный, моллюскообразный, сонный характеръ. Акинезъ можетъ внезапно прерваться кататоническимъ raptus. когда больные могутъ натворить бѣдъ, отъ битья стеколъ до жестокаго убійства или самоубійства.—Опасность этихъ больныхъ для себя и для окружающихъ усиливается еще вслѣдствіе анальгезіи.

Въ тяжелыхъ случаяхъ кататоніи психическое состояніе обычно затуманено. Многіе не отдаютъ себѣ никакого отчета или живутъ какъ бы во снѣ. Состояніе аффективной сферы, большею частью, съ трудомъ поддается опредѣленію и разбору. Часто имѣются указанія на разныя противорѣчивыя чувства: ни одно изъ нихъ не беретъ верха. И субъективно нѣтъ никакого доступнаго описанію настроенія, только индифферентность наблюдается часто.

Не всегда удается легко отграничить кататоническія состоянія отъ синдрома гримасъ, въ которомъ вся картина выражается въ томъ, что больной демонстративно корчитъ гримасы и отвѣчаетъ невпопадъ. Этотъ синдромъ, подобно Ganser'овскому сумеречному состоянію, наблюдается, только въ качествѣ реакціи на положеніе, отъ котораго больной ищетъ (безсознательно) спасенія въ душевной болѣзни.

Если въ остромъ приступѣ преобладаютъ галлюцинаціи и бредовыя идеи до полнаго нарушенія сознательности, и если кататоническіе симптомы отсутствуютъ или слабо выражены, мы такое состояніе называемъ шизофреническимъ бредомъ. Тутъ аффективная сфера не такъ поражается, какъ въ предыдущей группѣ.

Настроеніе часто имѣетъ опредѣленную окраску и поддается воздѣйствію до нѣкоторой степени.

Въ сумеречномъ состояніи шизофреники ищутъ спасенія отъ невыносимыхъ положеній, чаще всего отъ обманутой любви; непріятная дѣйствительность отщепляется и дѣлается второстепенной, зато фантазія создаетъ другой міръ, въ которомъ иногда непосредственно осуществляются желанія; больная выходитъ замужъ за своего возлюбленнаго, онъ посѣщаетъ ее каждую ночь, она беременѣетъ и рождаетъ ребенка. Однако, далеко не всѣ эти больные дѣйствительно счастливы. Имъ не удается совсѣмъ уйти отъ дѣйствительности, и поэтому они впадаютъ въ конфликты съ нею. Въ религіозномъ экстазѣ больнымъ удается сильнѣе всего замкнуться, и поэтому тутъ меньше всего омрачается греза счастья.

Поведеніе „сумеречныхъ" бываетъ различно. Нѣкоторые изживаютъ свои мечты спокойно въ постели или даже подъ одѣяломъ. Другіе безсмысленно блуждаютъ, такъ какъ неправильно понимаютъ окружающую обстановку, и это приводитъ къ конфликтамъ. Регулярно наблюдается опредѣленная двойственная оріентировка. Исходъ обычно литическій. Сумеречныя состоянія при истеріи и эпилепсіи тянутся обыкновенно лишь часы и дни, между тѣмъ шизофреническія иногда тянутся мѣсяцами, иногда и годъ, и два. Тѣмъ не менѣе они, соотвѣтственно своему происхожденію, гораздо рѣже, чѣмъ остальные острые синдромы, оставляютъ за собой значительное ухудшеніе общаго состоянія.—У подслѣдственныхъ арестантовъ —иногда и въ другихъ случаяхъ—это состояніе носитъ Ganser'-овскій характеръ.

Въ то время какъ форма сумеречныхъ состояній предопредѣляется психическими моментами, существуетъ видъ неяснаго сознанія („оглушенности"), который имѣетъ органическій характеръ, онъ даетъ особенно плохую прогностику, и поэтому нужно его имѣть въ виду: больные какъ бы въ просонкахъ, ихъ не удается разбудить психическимъ воздѣйствіемъ, хотя съ ними можно поддерживать душевный контактъ, и они всячески стараются отвѣчать на вопросы. Мышленіе замедлено, неясно, кратко. Больные не справляются съ самымъ простымъ счетомъ; пишутъ съ невольными грамматическими и орѳографическими ошибками, искаженіями и т. д.; при этомъ можетъ не быть галлюцинацій и разстройства оріентировки; и аффективная сфера можетъ быть сравнительно въ порядкѣ. Однако не всегда удается различить эти состоянія отъ психическихъ формъ оглушенности.

Нужно еще упомянуть „спутанность", въ которой преобладаетъ безсвязный ходъ мыслей, экзо- и эндогенные приступы гнѣва, бредовые синдромы, блужданіе (fugues) — то какъ результатъ мозгового разстройства, то болѣе истериформно, или какъ реакція на непріятное переживаніе, или вовсе какъ патологическая выходка. Значительная доля дезертировъ представляетъ шизофреническое блужданіе. Запойное измѣненіе настроенія тоже можетъ иногда развиться на почвѣ шизофреніи.

D. Подгруппы.

Хотя шизофренія не представляетъ единой болѣзни, мы все таки еще не въ состояніи расчленить ее на естественныя подгруппы. Чтобы все же оріентироваться во внѣшнихъ формахъ чрезвычайно измѣнчивой картины болѣзни, выдѣлены четыре разновидности по признаку преобладанія или отсутствія извѣстныхъ группъ симптомовъ. Ихъ нельзя считать нозологическими единицами, онѣ у разныхъ больныхъ и даже у одного и того же больного переходятъ одна въ другую, такъ напр., шизофреникъ поступаетъ въ больницу гебефреникомъ, годами лежитъ тамъ кататоникомъ и, въ концѣ концовъ, можетъ быть выписанъ параноиднымъ. Однако большинство больныхъ остаются все время въ предѣлахъ своей подгруппы.

1. Гдѣ на первомъ планѣ стоятъ галлюцинаціи и бредовыя идеи — оба эти симптома въ шизофреніи идутъ обыкновенно вмѣстѣ, тамъ мы говоримъ о параноидѣ или о dementia paranoides[1]). Параноидъ можетъ развиваться вслѣдъ за острымъ начальнымъ приступомъ меланхолическаго, маніакальнаго, бредового и кататоническаго характера („вторичное помѣшательство" старыхъ авторовъ) или можетъ съ самаго начала быть таковымъ. Въ послѣднемъ случаѣ все теченіе становится опредѣленно хроническимъ. Послѣ стадіи какого то нехорошаго самочувствія и все болѣе и болѣе упорныхъ идей отнесенія всего къ себѣ образуется съ годами сложная куча бредовыхъ идей, связанныхъ между собой лишь общей тенденціей — преслѣдованія или (много рѣже) величія, или ипохондричности. Однако, начало можетъ характеризоваться всплывающими внезапно, среди полнаго благополучія, въ готовомъ видѣ примордіальными бредовыми идеями, которыя въ дальнѣйшемъ растутъ, и лишь позднѣе къ нимъ присоединяются идеи отнесенія и галлюцинаціи. Многіе больные сравнительно долго держатся на волѣ, другіе попемѣнно то на свободѣ, то взаперти въ больницѣ, есть и такіе, что теряютъ внѣшній приличный видъ такъ рано и въ такой степени, что ихъ приходится держать въ больницѣ большую часть ихъ жизни. У послѣднихъ картина болѣзни особенно легко осложняется отдѣльными или многими кататоническими симптомами.

Сюда же относятся отчасти шизофреническіе сутяги, которые требуютъ судебной охраны отъ воображаемыхъ обидъ и, несмотря на отказы, продолжаютъ заваливать судъ жалобами. Другихъ можно причислить къ простой шизофреніи, такъ какъ ихъ поведеніе больше основано на сутяжничествѣ, чѣмъ на бредѣ собственно.

Часть случаевъ, описанныхъ Kraepelin'ымъ подъ именемъ предстарческаго бреда умаленія, представляютъ, по нашему мнѣнію, позднія формы параноида.

Параноидъ. Желѣзнодорожный служащій. Средній интеллектъ. Раньше былъ прядильщикомъ, потомъ перешелъ на желѣзную дорогу, дослужился до контролера вагоновъ. Всегда былъ замкнутъ. Годамъ къ сорока сталъ относиться къ женѣ съ недовѣріемъ. Въ то же время, одинъ рабочій, казавшійся ему очень „симпатичнымъ", предложилъ ему — путемъ намековъ -

[1]) До появленія восьмого изданія Kraepelin'овскаго руководства это выраженіе охватывало не всѣ параноидныя формы dementia praecox, а лишь особую подгруппу съ быстро путающимися бредовыми идеями, но безъ кататоническихъ внѣшнихъ проявленій.

болѣе выгодное мѣсто у крупнаго фабриканта, франкъ — масона, а затѣмъ сталъ предлагать и другія мѣста непосредственно въ масонской ложѣ. Много лѣтъ тому назадъ онъ уже будто видѣлъ одного масона въ щекотливой ситуаціи (на самомъ же дѣлѣ слѣдомъ за масономъ въ вагонъ сѣла женщина), газеты на это намекали. Онъ сохранилъ объ этомъ молчаніе, и теперь масоны хотятъ за это вознаградить его; онъ вознагражденія не принялъ, и теперь они его за это преслѣдуютъ. Къ тому же онъ когда то пренебрежительно отозвался о масонахъ. На улицѣ прохожіе говорятъ о немъ, и кромѣ того на его счетъ дѣлаютъ замѣчанія, о чемъ онъ потомъ лишь догадывается. Ночью онъ слышитъ голоса. Его мысли узнаются таинственнымъ путемъ. Масоны гонятся за женщинами, имъ нужна и его жена. Онъ съ угрозами требовалъ отъ нея денегъ, которыя она за это получила, одинъ разъ онъ хотѣлъ ей вспороть животъ бритвой. Его свояченица то блѣднѣетъ, то краснѣетъ, это все дѣлается для него. Ему устраиваютъ представленія и мысли на яву и особенно во снѣ. Ночью у него выпытываютъ; онъ отдаетъ себѣ въ этомъ отчетъ только днемъ. Такъ какъ онъ плохо обращался съ женой и пересталъ работать, его помѣстили въ больницу. Здѣсь годами картина была одна и та же, то онъ былъ спокоенъ и работалъ, то бывалъ слегка возбужденъ, бранился, жаловался на преслѣдованія: въ пищу ему подбавляютъ яду, онъ чувствуетъ, какъ ядъ ходитъ по тѣлу, его хотятъ уничтожить, особенно ночью ему различными способами вводятъ въ тѣло сѣмя, человѣческую кровь, мочу, цвѣточную пыль, конскій навозъ; ему плюютъ въ ротъ, его гипнотизируютъ и магнетизируютъ и доводятъ его до „скрытаго" состоянія, въ которомъ невозможно дышать. У здѣшнихъ людей есть палка вродѣ магнитной, посредствомъ нея его дѣлаютъ безсильнымъ, отнимаютъ у него мужскую силу. Его хотятъ кастрировать, ему спускаютъ сѣмя, рѣжутъ легкія, раздавливаютъ мочевой стволъ, расширяютъ половой каналъ, разрѣзаютъ задній проходъ, сжигаютъ внутренія половыя части, щиплютъ по всему тѣлу. Голоса грозятъ выколоть ему глаза; его дочь противъ его воли принята въ масоны; его обвиняютъ, что онъ насиловалъ ее въ разныхъ положеніяхъ; съ масонами соединилось и правительство, и духовенство, цѣлое международное общество, его жена, его собственная мать и врачи; послѣдніе получили милліоны за то, что задерживаютъ его; онъ требуетъ 30,000 франковъ въ день въ возмѣщеніе убытковъ за то, что его заперли, и ведетъ всему точный счетъ; онъ ведетъ книгу и записываетъ всѣ галлюцинаторныя истязанія; отъ него требуютъ, чтобы онъ сталъ масономъ, но онъ этого не хочетъ, и за это его преслѣдуютъ. Иногда онъ соглашается стать масономъ, тогда ему нарочно не позволяютъ. Долгое время онъ каждому говорилъ стереотипно сто разъ: „будьте такъ добры". Отчасти онъ этимъ ничего не хотѣлъ сказать, отчасти же онъ вкладывалъ въ это различное содержаніе: пусть его примутъ въ масоны, пусть ему разрѣшатъ coitus и т. д Когда онъ видитъ женщину, его заставляютъ доказать свою потентность, тогда его примутъ въ масоны. Только примѣненіемъ насилія удается въ такихъ случаяхъ помѣшать ему раздѣться. Онъ хочетъ принять участіе въ состязаніи на перелетъ „Петербургъ— Москва", онъ изобрѣтаетъ летательныя машины, улучшаетъ трамвайные вагоны, подаетъ безчисленныя бумаги врачамъ, властямъ. Разъ онъ сорвалъ себѣ ноготь съ пальца ноги, такъ какъ ножницы недостаточно хороши, чтобы его срѣзать. Большую часть времени больной находится на спокойномъ отдѣленіи, При посѣщеніи онъ привѣтливо подаетъ руку, но при этомъ улыбается хитро, съ видомъ превосходства.

Шизофреничка сутяга. Дѣльная работница въ шляпномъ магазинѣ. Была хорошей ученицей, стремилась къ болѣе высокому; будучи крестьянкой дѣвушкой, она поступила въ женскую школу рукодѣлія, чтобы научиться болѣе тонкимъ работамъ. Была на многихъ мѣстахъ кухаркой, одной прислугой; 32-хъ лѣтъ она поступила въ экономки къ одному врачу. Она утверждаетъ, что онъ съ перваго же дня вступилъ съ нею въ связь и обѣщалъ ей жениться. Дальнѣйшія подробности еще менѣе правдоподобны, скорѣе невѣроятны. Родные врача не хотѣли допустить, чтобы онъ на ней женился, хотѣли, чтобы онъ съ ней покончилъ миромъ.—Въ первый же день онъ ей будто бы сказалъ, что она можетъ предъявить къ нему искъ, если онъ захочетъ жениться на другой (это несомнѣнно обманы памяти), и что она должна или молчать или добиться своего. Черезъ три четверти года докторъ уволилъ ее; по ея мнѣнію, онъ это сдѣлалъ изъ за того, что люди слишкомъ много говорили объ ихъ связи. Послѣ этого она была на разныхъ мѣстахъ, послѣднее

время работала у шляпочника; отъ поры до времени она напоминала доктору про его обѣщаніе. 34-хъ лѣтъ у нея разъ появилась головная боль, боль въ глазахъ, „вродѣ удара", трясеніе во всемъ тѣлѣ. Она стала лѣчиться у этого врача, и онъ будтобы подтвердилъ свое обѣщаніе. 36-и лѣтъ она прочла объявленіе о женитьбѣ доктора. Она потребовала „осуществленія своего права или приличной суммы" и взяла мѣсто по сосѣдству съ нимъ. Свадьба была очень скромная, чтобы этимъ показать, что онъ любитъ только больную. Она стала ему часто писать, бранила его, еще охотнѣе его жену, писала открытки; слова вродѣ „каторжникъ", „негодяй", „проститутка", „мошенница" были еще не изъ худшихъ. Работу свою она стала плохо исполнять, но считала себя всегда правой, даже если дѣлала явно не то. Затѣмъ она начала подавать жалобы во всѣ суды, тѣ конечно не принимали жалобъ, мало похожихъ на истину и содержавшихъ странныя требованія. Она стала бранить суды: „господинъ мировой судья идіотъ". Доктору ничего не оставалось, какъ обвинить ее въ оскорбленіи, и такимъ образомъ она подверглась изслѣдованію. По поводу ея притязаній съ ней абсолютно нельзя было столковаться. Въ хронологіи своихъ переживаній она была не совсѣмъ тверда, въ остальномъ же память и оріентировка были хороши. Она передавала невѣроятныя заявленія доктора и судей, которые будто бы признали ея правоту (обманы памяти). Она, собственно говоря, ничего отъ доктора не требуетъ, „она хочетъ только дать возможность докторшѣ спасти честь своего имени". Разъ докторъ не хочетъ отвѣчать, значитъ онъ признаетъ ея притязанія. Онъ долженъ либо признать это публично и отправить жену, либо заявить, что онъ не признаетъ этого и тогда онъ можетъ сохранить жену. Больная упорно стоитъ на своемъ: пока докторъ не заявитъ публично то или другое, бракъ недѣйствителенъ, а докторша простая содержанка. Докторъ обѣщалъ жениться на ней (на больной), обѣщаніе это даио на всю жизнь, съ другой онъ только помолвленъ. Больной нельзя было втолковать, что докторша ничѣмъ передъ нею не виновата. На клинической демонстраціи она сразу начала говорить о своемъ дѣлѣ, какъ будто аудиторія уже обо всемъ знаетъ. Больную пришлось, конечно, признать невмѣняемой, надъ нею учредили опеку и выписали ее. Однако она не хотѣла подчиниться рѣшенію, отказалась уплатить судебныя издержки; это повело къ цѣлому ряду скандаловъ съ учиненіемъ безобразій, и оплеваніемъ судебныхъ приставовъ и т. п. И насъ она осыпала бранью въ различныхъ бумагахъ. Все же ее четыре года не помѣщали въ больницу, пока она не ворвалась въ полицію, учинила тамъ большой скандалъ, и когда ее прогнали, она еще пуще того стала скандалить. До этого она, по разсказамъ, хорошо работала и правильно разсуждала о постороннихъ вещахъ. Но стоило ей коснуться своего „дѣла", и она начинала путаться, приходила въ возбужденіе, и съ нею нельзя было сговориться. Она не хотѣла работать; пришлось ее уложить въ постель и запретить ей писаніе жалобъ. Она овладѣла собою и черезъ полгода ее можно было выписать. Черезъ годъ ее привезли опять, такъ какъ она устроила скандалъ у мирового судьи и пообѣщала повторять его ежедневно, пока докторъ не будетъ привлеченъ къ суду. На этотъ разъ она въ больницѣ не переставала протестовать, шумѣла, бѣгала за врачами въ одной рубашкѣ и бранилась. Въ концѣ концовъ, попечительство о бѣдныхъ, которому уже давно слѣдовало бы позаботиться о больной, взяло ее къ себѣ, и съ тѣхъ поръ ея больше не привозили. Послѣднее письмо отъ нея гласило: „Собаки, ... , сумасшедшіе доктора, отошлите мнѣ мое платье . . . . Обѣщаніе жениться подлежитъ разбору суда. Я попечительство буду . . . . до тѣхъ поръ укорять пока дѣло дойдетъ до суда". Галлюцинацій не наблюдалось, зато много иллюзій, пожалуй, и галлюцинацій памяти. И отъ нашего имени она сообщала заявленія, которыхъ мы не дѣлали; напр., ординаторъ будто бы сказалъ, что она не подлежитъ помѣщенію въ больницу. Шизофренія сказывается между прочимъ въ смутныхъ и нелѣпыхъ представленіяхъ о процессѣ, въ абсолютной невозможности съ нею столковаться, пониженіи работоспособности и въ томъ, что съ нею нельзя столковаться даже по вопросамъ, касающимся лишь ея работы. . . . . Все это имѣетъ тѣмъ больше значеніе, что раньше она была разумнымъ человѣкомъ.

2. Картина болѣзни называется **кататоніей**, если въ ней длительно преобладаютъ кататоническіе симптомы. Значительная часть этихъ формъ развивается остро, иногда психозъ обнаруживается совершенно внезапно, другая часть случаевъ начинается хро-

нически, съ нѣкоторыми кататоническими особенностями, напр. мутизмомъ или манерничаніемъ, и остаются хроническими; въ иныхъ случаяхъ хроническія и острыя состоянія смѣняютъ другъ друга. За острымъ кататоническимъ приступомъ можетъ послѣдовать довольно сносное состояніе; случаи съ постепенно подкрадывающимся началомъ даютъ всѣ плохой прогнозъ, безъ сколько нибудь значительныхъ ремиссій.

Кататоническое состояніе. Б-ой 19 лѣтъ. Сначала служилъ мальчикомъ въ трактирѣ; затѣмъ имѣлъ много разныхъ мѣстъ; послѣднее время въ красильнѣ. Несмотря на то, что онъ католикъ, онъ послѣднее время поступилъ въ Армію Спасенія. Пришелъ разъ на собраніе въ безпорядочномъ, запачканомъ платьѣ. Началъ говорить проповѣдь, но совсѣмъ безсвязно: онъ узналъ про чудеса, Ноевъ ковчегъ долженъ прибыть; его заставляютъ говорить. Съ трудомъ удалось заставить его прекратить проповѣдь. Онъ разсказалъ затѣмъ, что онъ передъ этимъ бѣжалъ за солнцемъ. На фабрикѣ онъ отказался трогать цвѣтные шелка, а только бѣлые. Нѣсколько дней спустя онъ пришелъ на музыкальную репетицію и внезапно началъ читать вслухъ псалмъ. Отъ него потребовали, чтобы онъ замолчалъ. Онъ вдругъ поднялся, всталъ передъ остальными съ тупымъ выраженіемъ лица и сказалъ; „вы думаете, что діаволъ связанъ? Вы думаете, что діаволъ связанъ? Онъ связанъ, онъ связанъ“. Послѣднія слова онъ повторилъ много разъ, съ каждымъ разомъ все громче. Когда онъ увидѣлъ, что другіе къ нему не присоединяются, онъ закричалъ: „вы порабощены; завтра я пойду въ городъ и начну проповѣдывать“. Вслѣдъ за этимъ онъ успокоился. На слѣдующій день онъ не пришелъ къ обѣду и началъ въ своей комнатѣ говорить молитвы громовымъ голосомъ. Вечеромъ онъ пошелъ къ знакомому въ комнату, стоялъ какъ деревянный, какъ то по особенному, протянувъ одну руку прямо впередъ, а другую держа надъ головой, выраженіе лица было застывшее, особенное. Вдругъ ему захотѣлось написать въ записной книжкѣ знакомаго. Когда тотъ не позволилъ, онъ его назвалъ Іудой. Не пришелъ ли онъ предать Христа поцѣлуемъ? Хотѣлъ насильно поцѣловать своего знакомаго. Затѣмъ палъ передъ нимъ на колѣни и опять началъ страшно громко молиться. Внезапно поднявшись, онъ сказалъ: „теперь все прошло“, выраженіе лица стало нормальнымъ; однако тутъ же опять пошелъ говорить, что онъ распятъ, что онъ предназначенъ для чего то совершенно особаго, что онъ Христосъ. Онъ разсказалъ, что когда онъ былъ въ постели, появился одинъ духъ сверху и одинъ снизу, и въ него вселилось огромное могущество. Онъ требовалъ, чтобы всѣ присутствовавшіе ѣли его хлѣбъ. Когда его привезли въ клинику, онъ быстро успокоился, сталъ наполовину сознавать неправильность своего поведенія и мыслей, однако проявлялъ безразличіе, не хотѣлъ уйти изъ больницы, и его пришлось перевести въ другую.

Депрессивная кататонія. Постоянные голоса. Учитель. Раньше казался совершенно нормальнымъ. Въ 34 года впервые былъ цѣлый годъ раздражителенъ, не спалъ; иногда бывало головокруженіе. Послѣ 28 недѣль пребыванія въ санаторіи „выздоровѣлъ“. Черезъ полтора года такой же приступъ. Послѣ этого онъ опять хорошо учительствовалъ, чувствовалъ себя вполнѣ здоровымъ и бодрымъ. Во время путешествія съ друзьями по Тиролю (это было въ сорокъ лѣтъ), онъ почувствовалъ, что у него путаются мысли, не могъ говорить. Поступилъ опять въ санаторію. Здѣсь онъ былъ, большею частью, въ ступорѣ; думалъ, что его хотятъ заживо похоронить. Много слуховыхъ галлюцинацій. Сны считалъ дѣйствительностью; ѣлъ плохо, часто вырывалъ. Послѣ кратковременнаго улучшенія онъ на пятомъ мѣсяцѣ хотѣлъ уйти въ окно, потомъ самъ себя упрекалъ; по приказанію голосовъ онъ выбросилъ обручальное кольцо въ окно, послѣ чего его повели въ клинику. Здѣсь лежалъ въ постели въ сильномъ ступорѣ, особыхъ позахъ. Видѣлъ на стѣнѣ картины, женщинъ, дѣтей, цѣлующихся; главнымъ образомъ, онъ слышалъ голоса, и чувствовалъ, что съ его тѣломъ что то дѣлаютъ. Нитки обтягиваютъ его руку, особенно на томъ пальцѣ, на которомъ носятъ кольцо. Ему дѣлали операцію на половомъ членѣ „для того, чтобы исчезли некрасивыя ощущенія“. Голоса говорятъ ему, что онъ богоотступникъ, совершилъ убійство съ сладострастной цѣлью. „Убійство съ сладострастной цѣлью это половая похоть“. Онъ не человѣкъ, его обезглавятъ. Подавленное, но неподвижное выраженіе лица. Ката-

тоническіе raptus'ы: внезапно вскакиваетъ, разбиваетъ окно и т. п. Послѣ восьми мѣсяцевъ такого состоянія быстрый переходъ въ эйфорическое настроеніе и правильное поведеніе; говорилъ и писалъ о благодарнсти Творцу и врачамъ, о томъ, какъ его тянетъ домой, какъ онъ радъ безконечно стоять вновь въ классѣ въ качествѣ послѣдователя Pestalozzi, сколько въ немъ юношеской силы и весной обвѣянныхъ плановъ и т. д. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ ничего не предпринималъ для того, чтобя выписаться. Черезъ одиннадцать мѣсяцевъ послѣ начала приступа больной былъ выписанъ; онъ опять взялся за преподаваніе, былъ шесть лѣтъ эйфориченъ, повидимому, былъ на мѣстѣ, какъ учитель. Затѣмъ второй очень похожій приступъ, но продолжительностью только въ четверть года; послѣ чего онъ опять вернулся въ прежнее состояніе. Когда онъ въ школѣ хочетъ сказать глупость, голоса предупреждаютъ его. Такъ въ общемъ состояніе недурное субъективно и объективно.

Маніакальная кататонія. Незамужняя матрасница изъ психопатической семьи. Умственнно хорошо развита, много читала. 29 лѣтъ. Послѣ смерти матери много волненій, раззореніе. Вообразила себѣ, что двоюродный братъ хочетъ на ней жениться и все ждала его. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ развилось въ 8 дней маніакальное возбужденіе, все нараставшее. Она пѣла неприлично, написала записку, чтобы шуринъ не мучилъ ее всю ночь. Аггрессивна. Говорила, что должна умереть, что ее не похоронятъ. Думаетъ, что всѣ мужчины хотятъ ее изнасиловать. Послѣ болѣе сильныхъ возбужденій плачетъ. Въ пріемномъ покоѣ клиники легла на полъ и описала прекрасное видѣніе (экстазъ). Все же удавалось отвлечь ее, оріентировка была въ порядкѣ, чувствовала себя счастливой, ораторствовала; она вѣруетъ, и это даетъ ей силу выдержать борьбу и т. д.; тѣмъ же тономъ говоритъ, что хочетъ умереть, въ ваннѣ пытается нырнуть подъ воду. Затѣмъ вновь застываетъ на болѣе долгое время, поднявъ руки кверху, съ напряженнымъ выраженіемъ лица. Вскочила въ ярости, когда до нея дотронулись, высовываетъ языкъ и т. п. Ясно выраженная скачка идей. Временами шизофреническій характеръ маніакальнаго состоянія не замѣтенъ; временами вновь патетическіе возгласы, повторяемые безконечное количество разъ. Сидѣлку то считаетъ своимъ братомъ, то сестрой, въ то же время и третьимъ лицомъ. Спокойнѣе всего она, когда ее изолируютъ. Рветъ все. Намеки на негативизмъ; не подаетъ врачу руку, но протягиваетъ ему свою чашку, чтобы онъ ее подержалъ. Цѣлый періодъ времени ползала кругомъ по краю постели съ напряженнымъ лицомъ, сжатыми губами (потомъ говорила, что должна была изображать обезьяну). Бѣгаетъ по комнатѣ, по кругу, при этомъ вздымаетъ руки въ тактъ. Ее свели съ ума порошками; ее электризуютъ. Понемногу стала успокаиваться; черезъ полгода ее можно было выписать, окружающіе считали ее выздоровѣвшей. Еще черезъ полгода ее вновь доставили въ такомъ же состояніи. На этотъ разъ она стала быстро впадать въ слабоуміе. Она все еще эйфорична, но нескладна, бьетъ стекла, рветъ, колотитъ, кувыркается, слышитъ много голосовъ, не годится и для простыхъ работъ. Если кто имѣетъ голоса, это называется „stirken". Голоса говорятъ, что нужно „stirken", т. е. нужно „растрескать" стекла.

Кататонія съ религіозными бредовыми идеями. Деревенскій парень 21 года поступилъ въ больницу по поводу того, что онъ убилъ пастора своей деревни, по его словамъ, за то, что тотъ назначилъ своего сына Мессіей, а между тѣмъ больной послѣдніе годы „претерпѣлъ муки Мессіи" и теперь хочетъ быть настоящимъ Мессіей. — Больной былъ тихій, неглупый парень. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ онъ сталъ религіозенъ, бѣгалъ часто къ пастору; послѣднее время онъ писалъ и устно разсказывалъ про видѣнія (ангелы, мессія и Богъ). Разъ онъ настойчиво потребовалъ, чтобы пасторъ „перемѣнилъ ему имя", т. е. сдѣлалъ его пріемнымъ сыномъ. Въ больницѣ онъ сначала говорилъ много о пасторѣ и его семьѣ, но преимущественно въ другомъ смыслѣ: уже со школьныхъ лѣтъ онъ былъ влюбленъ въ одну изъ дочерей пастора. Ангелы, которыхъ онъ видѣлъ, имѣли черты лица этой дочери. Богъ въ видѣніи одной стороной былъ похожъ на пастора, а другой на дѣдушку больного. Въ качествѣ Мессіи онъ имѣетъ право полового общенія со многими женщинами, а именно со всѣми дочерьми пастора и даже съ пасторшей. Разъ онъ видѣлъ, что онъ женатъ на этой дочери. Голосъ одной дочери разъ сказалъ ему: „о если бы онъ меня поцѣловалъ поцѣлуемъ своихъ устъ". Въ дальнѣйшемъ онъ галлюцинировалъ пасторскихъ дочекъ по очереди въ своей постели и имѣлъ съ ними половыя сношенія, причемъ испытывалъ блаженное

сладострастіе. Иногда онъ бываетъ также „первосвященникомъ". Это было равнозначуще обладанію дочерью пастора. — Однако онъ все сильнѣе ощущалъ сопротивленіе пастора. Тотъ, по его мнѣнію, хочетъ предоставить ему только свою жену, а съ дочерьми онъ самъ хочетъ произвести Мессію, для того чтобы санъ Мессіи остался въ его роду. Въ видѣніяхъ онъ видѣлъ дочерей, беременныхъ отъ пастора. Голосъ сказалъ ему, что онъ долженъ застрѣлить пастора. Въ концѣ концовъ, духъ погналъ его взять палку и убить пастора за то, что тотъ „не пускалъ его къ своимъ дочерямъ". При этомъ руки поднимались автоматически. — Болѣзненныя религіозныя стремленія по обыкновенію (или какъ всегда?) и здѣсь представляютъ символизованныя половыя вожделѣнія. — Параллельно былъ удовлетворенъ и другой комплексъ: въ семьѣ свирѣпствовалъ туберкулезъ, больной самъ страдалъ легкими: вселеніе духа въ его грудь давало ему каждый разъ здоровье. — Больной очень быстро погрузился въ свои религіозно-половыя фантазіи, годами простаивалъ въ особыхъ странныхъ позахъ и черезъ пять лѣтъ умеръ отъ чахотки.

Кататонія послѣ кастраціи. Жена врача. Изъ высокопоставленной, но нѣсколько странной семьи. 19-и лѣтъ упала съ лѣстницы. Непродолжительная „травматическая истерія". 22-хъ лѣтъ помолвка, во время первой прогулки съ женихомъ хотѣла броситься въ воду изъ за небольшого разногласія. Во время первой беременности была часто депрессивна, во второй беременности этого больше не было. Жалобы на пузырь и кишечникъ, объективно ничего. Всегда была какая то особенная, но жизнерадостная, не любила домашней работы, не терпѣла противорѣчій. — 28-и лѣтъ „истерическія жалобы со стороны яичниковъ", потомъ оваріотомія по поводу обоюдосторонняго кистознаго перерожденія яичниковъ; операція прошла нормально. Дома еще восемь дней была въ обычномъ состояніи. Затѣмъ она поѣхала на курортъ поправляться, вернулась оттуда въ подавленномъ состояніи: она больше не можетъ быть настоящей женой и матерью, она клятвопреступница, ее преслѣдуютъ судомъ; видѣла и слышала прокурора и т. п. Вслѣдъ за этимъ ступоръ, мутизмъ, отказъ отъ пищи; въ промежуткахъ иногда часами говоритъ совершенно нормально. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ поступила въ больницу; молчалива, но возбужденно расхаживаетъ; врача считаетъ то своимъ мужемъ, то больничнымъ врачемъ. Слышитъ мать и дѣтей въ коридорѣ. Цѣлыми днями застывшая поза, взглядъ устремленъ въ даль; мутизмъ. Въ промежуткахъ возбуждена, часами рвется изъ постели къ окну или къ умывальнику. Отказъ отъ пищи. Видитъ лошадиное копыто. Черезъ нѣсколько дней вдругъ стала любезна, разбирается въ окружающемъ, разумно говоритъ, но часто внезапныя задержки. Съ этого времени установилось смѣняющееся



Рис. 36. Хроническія кататонички. Обѣ реагируютъ на фотографированіе полуповоротомъ глазъ. У больной слѣва ясно виденъ сжатый ротъ. Сидящая на корточкахъ справа наполовину закрыла глаза. Въ общемъ поза соотвѣтствуетъ обычному состоянію покоя (не считая вниманія, обращеннаго на снимание).

состоянiе: то спокойное состоянiе задержки, то возбуждена; бываютъ и болѣе сознательные моменты, когда она бесѣдуетъ, играетъ. Хочетъ писать, но дальше начала дѣло иногда не подвигается. Врачу выражаетъ то любовь, то нерасположенiе, то и другое съ сексуальной окраской. Часто задерживаетъ мочу вплоть до того, что приходится катетеризировать. Частые отказы отъ пищи. Постоянно много голосовъ; ея мужу отрубили голову; она на сѣверномъ полюсѣ; особенно часта идея: меня ограбили, у меня все отняли, мои ключи, мои деньги, мое имя. Она ощущаетъ ключъ въ половыхъ органахъ, хочетъ отнять у сидѣлокъ ихъ ключи. Ея мужъ повѣнчался съ сидѣлкой. Затѣмъ въ теченiе нѣсколькихъ мѣсяцевъ постоянное чередованiе тоскливаго возбужденiя и частой аггрессивности, дерется, кусается. Легкiй ступоръ. Царапаетъ себѣ руки и ноги. Особенно возбуждена въ годовщину свадьбы и въ годовщину послѣдняго покушенiя на самоубiйство. Позднѣе негативизмъ, сильное упрямство, неподвижное выраженiе лица, безпокойное хожденiе взадъ впередъ; большею частью, ничего не дѣлаетъ, затѣмъ опять перiоды вербигерацiи: „der, der, der, nun“ или „nicht, nicht“ или „de, de, de, de“. — Спустя 16 мѣсяцевъ переведена сначала на квартиру одного врача, затѣмъ отпущена домой. Тамъ состоянiе очень измѣнчивое, то весела и видимо нормальна, то часами ходитъ вверхъ и внизъ по лѣстницѣ, вербигерируя; выбѣгала на улицу, обратилась къ чужимъ дѣтямъ, какъ къ своимъ; цѣлыми днями бывала возбуждена, аггрессивна. Въ промежуткахъ можетъ иногда за столомъ безукоризненно исполнять роль хозяйки дома. Иногда неопрятна. — Черезъ $^3/_4$ года опять поступила въ больницу, гдѣ годами пребываетъ въ состоянiи сильной диссоцiацiи. Настроенiе, большею частью, повышенное, но малоподвижное. Она повѣнчана съ врачами и всѣми другими высокопоставленными личностями. Продѣлываетъ безчисленное количество родовъ. Сидѣлки то дочери, то жены ея мужа, ихъ нужно бить за это. Она наряжается на помолвки, причемъ красить себѣ брови и подводитъ глаза сапожной ваксой. Дѣлаетъ себѣ странныя прически. Ее пригласили пѣть Миньону. Въ другое время она постоянно лежитъ съ головой подъ одѣяломъ. — Обманы памяти: сидѣлка имѣла раньше связь съ ея мужемъ. Больную разъ провозгласили въ Базелѣ швейцарской королевой. Часто путаетъ лица. Постепенно не стала годиться ни для какой работы; все же попадаются хорошiе дни, когда она въ состоянiи чѣмъ нибудь заняться. — Психологически интересно слѣдующее: она всегда была странная. Отношенiе къ мужу было амбивалентное (покушенiе на самоубiйство во время первой прогулки. Депрессiя въ первой беременности. Позднѣе его обезглавили, у него много женъ. У нея еще мужья. Во время посѣщенiй мужа она отталкиваетъ его: когда она дома, она къ нему очень расположена). Истероформныя жалобы послѣ паденiя, послѣ родовъ, на почвѣ яичниковъ. Послѣ кастрацiи ухудшенiе съ явными ссылками на изувѣченiе (операцiю): она больше не жена, не мать. Все у нея отняли, даже ключи, символъ власти хозяйки, но вмѣстѣ съ тѣмъ и опредѣленный символъ половыхъ органовъ мужа и его самого. Сидѣлки отобрали у нея ключъ, онѣ же отняли у нея мужа, это одно и то же. За этимъ слѣдуетъ компенсацiя: она выходитъ замужъ за почтеннѣйшихъ людей, рожаетъ безчисленное количество дѣтей, молодѣетъ какъ Миньона, дѣлается швейцарской королевой. Возбужденiе въ дни годовщинъ.

Кататонiя съ двухдневнымъ цикломъ. Развитая дѣвушка; всегда была замкнута, послѣ полового созрѣванiя въ очень рѣзкой степени, несмотря на веселый характеръ. Въ 24 года бракъ, внѣшне счастливый, мужъ очень терпѣливый человѣкъ; она сама однако была ворчлива, раздражительна. Послѣ третьихъ родовъ въ 38 лѣтъ меланхолическое состоянiе съ идеями грѣховности: мало заботилась о ребенкѣ и т. п. 47-и лѣтъ потеряла мужа; первые дни не было никакой реакцiи. Вслѣдъ за этимъ ступоръ 14 дней, въ теченiе которыхъ она была почти неподвижна; затѣмъ переходъ въ меланхолiю съ неясными отрывочными идеями грѣховности: ее наказываютъ; много голосовъ; неподвижное выраженiе лица, въ промежуткахъ каталептична; затѣмъ опять приступы страха съ крикомъ и стремленiемъ уходить. Годъ спустя у больной начинается чередованiе: за днями, когда она негативистична, неподвижна, упряма, слѣдуютъ дни когда она относительно доступна, хорошо настроена, сидитъ за столомъ, работаетъ. Долгое время былъ трехдневный циклъ вмѣсто двухдневнаго. Одинъ день депрессивно-ступорозный, другой раздражительный, третiй эйфоричный. За этимъ исключенiемъ двухдневный циклъ тянется уже двѣнадцать лѣтъ. Наряду съ этимъ негативизмъ въ разной степени по отношенiю къ

отдѣльнымъ лицамъ. Она пытается подать руку, тутъ же ее отдергиваетъ; эротично ревнива, если привѣтливо поздороваться съ другими; она замужемъ за больничными врачами. Ассоціаціи очень коротки Попытка взять ее домой кончилась неудачей на второй (раздражительный) день.

Кататонія съ быстрымъ переходомъ въ слабоуміе. Учитель. Мать его была короткое время въ псих. больницѣ и теперь опять тамъ, въ промежуткѣ 20 лѣтъ шизофренія въ скрытомъ видѣ. Больной былъ всегда странный; въ школѣ учился неравномѣрно, много проказничалъ, былъ часто замкнутъ. Занимался разными проблемами, соціалъ-демократіей, „Разбойниками“ Шиллера. Учился коммерціи, однако не долго. Послѣ этого былъ на многихъ мѣстахъ. Разъ былъ 9 мѣс. въ торговой школѣ, и только потомъ поступилъ вновь въ училище. Разъ ни съ того ни сего поѣхалъ въ Берлинъ, сидѣлъ тамъ мѣсяцъ, ничего не дѣлая. Затѣмъ онъ поступилъ въ другомъ кантонѣ въ учительскую семинарію, гдѣ онъ досидѣлъ до диплома (22 лѣтъ). Былъ учителемъ сначала въ частномъ институтѣ, затѣмъ въ начальной школѣ, оттуда онъ долженъ былъ уйти, такъ какъ ученики не успѣвали и кромѣ того „какъ только онъ притрагивался къ нимъ, у нихъ сейчасъ же шла кровь носомъ“.

Послѣ этого онъ сталъ бродить безцѣльно по Цюриху; его задержали и доставили въ клинику, такъ какъ онъ ворвался въ трамвайную будку и хотѣлъ тамъ ночевать, хотя не подалеку жили его братья. Сначала онъ былъ индифферентенъ, затѣмъ пришелъ въ возбужденіе; на клиническую демонстрацію онъ пришелъ, громко смѣясь, съ засунутыми въ карманы руками. Во время пересказа онъ увидѣлъ на столѣ „Geizhalsstücklein“ и вплелъ это слово въ безсвязную „словесную окрошку“. Подъ вліяніемъ уговоровъ успокоился, тяжело опустился въ кресло и сидѣлъ сначала безучастно, а потомъ сталъ качаться въ креслѣ, улыбался про себя; внезапно застылъ и неподвижно смотрѣлъ куда то. Опять всталъ, шумѣлъ, и снова сѣлъ. Слушая, какъ я описываю его состояніе, онъ замѣтилъ: „это такъ“. На слово „словесная окрошка“ (Wortsalat) онъ сказалъ: Это итальянскій Ochsenmaulgericht. Единственное, что есть въ залѣ это черви. Я директоръ семинаріи. (Гдѣ мы находимся?) Въ эволюціонномъ полушаріи. C'est monsieur Zardin. Я больной. Это palandes verses plassus“ Тутъ больной всталъ, громко топнулъ ногой и закричалъ тономъ декламатора: „О ты мой милый Blapsen, милый ты мой Klapsen“. „Его просятъ уйти“; онъ уходитъ, тихо напѣвая: „Одного ужъ нѣтъ“. Прыгаетъ на кафедрѣ, дѣлаетъ ужимки, ложится на полъ, его приходится подталкивать, онъ безсмысленно улыбается.— Въ дальнѣйшемъ, большею частью, спокоенъ, нѣмъ, принимаетъ всевозможныя позы то въ постели, то на ногахъ. Корчитъ всевозможныя гримасы. Разъ помочился у двери клозета, послѣ чего поднялъ крикъ, несетъ безсвязную чушь. Пришедшему навѣстить его школьному товарищу не сказалъ ни слова. Разъ онъ внезапно упалъ и лежалъ нѣкоторое время совершенно неподвижно; flexibilitas cerea. Затѣмъ онъ сталъ говорить очень манерныя непонятныя рѣчи сплошь изъ словесной окрошки. Понемногу сталъ успокаиваться, сидитъ, иногда вербигерируетъ. Долгое время онъ стереотипно спрашивалъ врача на визитаціи: „Тети Гриты нѣтъ еще?“—Теткѣ онъ написалъ:

„Сегодня седьмое іюля 1914

А /u/ милая тетя Gritli

отъ

Ганса Якова и Макса

Милая хорошая тетя Schüfeli!

Надѣюсь, что тебѣ теперь не приходится больше такъ сильно работать у капиталистовъ въ С. Галленѣ; ибо здѣсь въ Burghölzli я все еще надѣюсь въ соціалистическомъ центрѣ міра въ Цюрихѣ — Außersihl — Wiedikon найти должность въ качествѣ начальнаго учителя для итальянскихъ дѣтей; хотя я доставленъ сюда насильно pr (въ полицейскомъ автомобилѣ) „придворной собакой клерикализма для цюрихскаго духовенства (К)“, и хотя я здѣсь не долженъ выполнять ни малѣйшей полезной работы; несмотря на то, что я вѣдь, какъ извѣстно являюсь патентованнымъ практ. учителемъ, стоящимъ на основѣ швейц. союзной конституціи.

Братъ Гансъ помогъ мнѣ при (bey) составленіи этого (ds) письма; такъ какъ онъ вѣдь какъ извѣстно въ качествѣ такого же glich вѣрнаго трезвенника какъ и ты ближе похожъ на тебя лично & индивидуально.

Я могу это (ds) только тогда извинить подписью, когда я попалъ въ среду, гдѣ только посредствомъ технически-дьявольскихъ средствъ у меня украли мою собственную естественную любовь насильно и вопреки законамъ среды. Именно, покуда мнѣ не дана власть надъ этими „проклятыми" законами и условіями (какъ ихъ называетъ Гансъ) я могу ихъ считать только гипотетически „технически-діавольскими".

Хроническая кататонія. Замкнутая, съ нѣкоторыми особенностями, хорошая хозяйка; становится молчаливой и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ перестаетъ совершенно говорить. При этомъ она еще цѣлый годъ совершенно правильно ведетъ свое хозяйство. Однако постепенно стали появляться шероховатости: она стала раздражительной, неряшливой; негативизмъ не даетъ ей дѣлать именно того, что нужно, или же она это дѣлаетъ шиворотъ на выворотъ. Въ больницѣ она первое время работаетъ, молча, довольно недурно, однако худѣетъ, становится все болѣе негативистичной, неопрятной, рветъ вещи, дерется; въ три года она доходитъ до состоянія тупого негативизма и представляетъ лишь объектъ призрѣнія, къ тому же довольно трудный. Она между прочимъ нѣсколько манерничаетъ, продѣлала нѣсколько галлюцинаторныхъвозбужденій, въ теченіе которыхъ она громко ругалась.

3. За шизофреніями съ разнообразными добавочными симптомами мѣняющейся интенсивности сохранилось старое названіе гебефреніи, хотя это названіе больше не соотвѣтствуетъ теперешнимъ представленіямъ.

Гебефренія Kahlbaum-Hecker'a представляла собою слабоуміе, сравнительно быстро развившееся въ періодѣ полового развитія и протекавшее, большею частью, съ разными разстройствами аффективной сферы, напр. съ маніакальнымъ состояніемъ, и характеризовавшееся, по тогдашнему мнѣнію, симптомами возраста: кокетничаніемъ, патетическими выраженіями и мимикой, любовью къ проказамъ, съ одной стороны, и стариковской мудростью и стремленіемъ заниматься высокими проблемами, съ другой стороны. Однако тѣ же симптомы мы находимъ и въ другихъ формахъ шизофреніи и въ болѣе позднихъ случаяхъ, когда комплексы означаютъ самовозвышеніе, желаніе быть велнкимъ.

Въ теперешнемъ представленіи о гебефреніи возрастъ не играетъ, такимъ образомъ, никакой роли, хотя въ большинствѣ случаевъ болѣзнь развивается въ теченіе періода полового развитія или вскорѣ послѣ него. Въ настоящее время сюда, какъ въ корзину, сваливаютъ всѣ формы, которыя не укладываются въ рамки предыдущихъ трехъ группъ.

Гебефренія съ маніакальными и депрессивными приступами. Съ ранняго дѣтства безъ матери, воспитывалась въ пріютѣ и тамъ осталась на службѣ. Всегда была замкнута и нѣсколько своеобразна, но мила въ обращеніи. 36-и лѣтъ, когда надо было пристроить отца, она стала упрекать себя, что недостаточно для него старается, что виновата передъ нимъ. Была на куротѣ, но безъ улучшенія; идеи самоубійства; разъ проскользнула мимо дежурнаго, переночевала въ лѣсу, но потомъ вернулась въ пріютъ, не обративъ на себя вниманія. Въ больницѣ она первое время казалась скорѣе застывшей и апатичной нежели подавленной; жаловалась, что она бѣднѣе всѣхъ, потеряна, забыта Богомъ и людьми Не спала. Путаница въ головѣ. Верхняя часть лица подавлена, нижняя улыбается. Часто бываетъ состояніе задержки. Много голосовъ. Стереотипно бьетъ руками. Путаетъ разныя вещи, напр. отожествляетъ всѣхъ врачей. Ей всего три дня отъ роду, Первый день это тотъ, когда „произошла первая безнравственность" еще въ бытность ея маленькимъ ребенкомъ второй соотвѣтствуетъ второй безнравственности, третій день это теперь, когда дѣло идетъ къ смерти. И въ больницѣ она всего три дня или три недѣли. Директоръ Burghölzli въ то же время попечитель ея пріюта. Тѣхъ, кого она теперь видитъ, она уже видѣла раньше, но въ видѣ другихъ лицъ. Все человѣчество должно вновь стать другимъ (повидимому, прежде всего должно превратиться въ малыхъ дѣтей). Тѣло ея отравлено. Ее безнаказанно убьютъ, сначала положатъ въ горячую воду, а потомъ разрѣжутъ на куски. Своими грѣхами она заслужила безсмертіе. Постоянно слышитъ голоса, однако не можетъ ничего опредѣленнаго о нихъ сообщить. Состоянія задержки. Однако на безразличные вопросы больная отвѣчаетъ быстро. Многочисленныя парэстезіи внутренностей.

Въ теченіе года состояніе больной постепенно улучшилось, работоспособность возстановилась. Черезъ 2 года въ возрастѣ 29 лѣтъ маніакальный приступъ, въ которомъ она разболтала про свою связь съ попечителемъ пріюта, вслѣдствіе чего тотъ потерялъ свое мѣсто. Больную доставили къ намъ изъ другой больницы съ діагнозомъ маніакально-депрессивнаго психоза, однако черезъ мѣсяцъ ее можно было уже выписать. Черезъ годъ она опять появилась въ маніакальномъ состояніи, предварительно побывши въ разныхъ мѣстахъ. Она заявила, что слишкомъ много работала, имѣла желудочныя кровотеченія; ей всѣ противорѣчатъ, она хочетъ, чтобы всѣ люди ея слушались. Жесткая, деревянная манія съ танцеваніемъ, пѣніемъ, рваньемъ одежды и бранью. Однако выраженіе лица остается безъ перемѣны, все равно осыпаетъ ли она бранью, или отпускаетъ остроту. Черезъ полгода больную можно было уже выписать, и 14 мѣсяцевъ она была на свободѣ. Затѣмъ она появилась вновь въ эйфорическомъ настроеніи и съ равнодушнымъ отношеніемъ къ интернированію и ко всему, что съ ней происходило, или о чемъ съ ней говорили. Временами рѣзкое маніакальное состояніе, шумѣла, мазалась, все рвала. Стала сознательно издѣваться надъ врачами и сидѣлками. Временами все же очень мила. Можетъ внезапно среди смѣха начать плакать. „Я все таки не выйду замужъ за доктора М. (прежняго врача больницы). Спустя 7 мѣсяцевъ больную перевели въ пріютъ для выздоравливающихъ; черезъ годъ поступила къ намъ пятый разъ въ состояніи неподвижной эйфоріи, но скоро успокоилась и теперь много лѣтъ сидитъ, ничѣмъ не занимаясь, но спокойна.

Депрессивная гебефренія. Сидѣлка. Милая толковая дѣвушка. Имѣла много случаевъ выйти замужъ, но все отказывалась, боялась брака, родовъ. Несмотря на это, упрекаетъ свою сестру, что та ее отговаривала, и благодаря этому одна связь разстроилась. Отъ 29 до 32 лѣтъ служила у насъ, была добросовѣстной сидѣлкой. Уволилась вслѣдствіе физическаго заболѣванія; служила послѣ этого на разныхъ мѣстахъ. Постепенно стала чувствовать все большую усталость, впечатлительность, говорила, что надъ нею издѣваются, отчасти это такъ и было, такъ какъ своею раздражительностью она выводила другихъ изъ себя. Кромѣ того, она стала уставатъ, работа ей была въ тягость. Когда ее въ больницѣ, гдѣ она служила, хотѣли перевести на другое отдѣленіе, она испугалась и ушла совсѣмъ; была недовольна аттестатомъ, который ей выдали. Такъ какъ она стала помышлять о самоубійствѣ, ее привезли къ намъ; ей было тогда 37 лѣтъ. У насъ она была депрессивна съ колебаніями, легкія бредовыя идеи отношенія, по временамъ голоса; иногда очень страдала отъ навязчивыхъ воспоминаній дѣтства. Когда ей стало лучше, она стала бояться выписки; однако спустя 13 мѣсяцевъ ее удалось выписать и пристроить на мѣсто. Она справлялась съ работой хорошо, однако скоро ей стало трудно, она стала мѣнять мѣста, каждый разъ рѣшеніе давалось ей съ трудомъ, и черезъ 8 мѣс. ее пришлось вновь помѣстить въ клинику. Энергія у нея несомнѣнно поубавилась; до нѣкоторой степени, только моментами, она сознавала, что она больна; много лежала въ постели, работала мало: работа, по ея словамъ, ее слишкомъ напрягаетъ. Иногда она вяло говорила, что уйдетъ; однако каждый разъ этого боялась, была также очень впечатлительна по отношенію къ своимъ роднымъ. — Спусть годъ она была опять выписана. Съ тѣхъ поръ служитъ (4 года) на разныхъ мѣстахъ, однако съ треньями.

Гебефренія съ переходомъ въ параноидъ. Ребенкомъ была нѣсколько апатична. Рано потеряла родителей. Въ пріютѣ была „нервно-больна“, отъ чего ее лѣчили годъ методомъ убѣжденія (Persuasion); успѣха не было; зато у нея развилась болѣзненная склонность къ врачу, ее пришлось почти насильно оторвать отъ него. Ее помѣстили въ домъ къ другому врачу, затѣмъ къ родственнику, гдѣ она помогала по хозяйству. 24-хъ лѣтъ она поѣхала въ Англію въ пансіонъ, гдѣ она питала экспансивную, но чистую дружбу къ нѣкоторымъ подругамъ. 3-хъ лѣтъ она вернулась въ Швейцарію „для отдыха, а также для работы“, затѣмъ уѣхала къ роднымъ въ Америку, тамъ у нея кто то выманилъ много денегъ, однако она во время вернулась въ Швейцарію вслѣдствіе легочнаго заболѣванія. Послѣ этого подверглась операціи вслѣдствіе кишечныхъ сращеній. Послѣ операціи появилась депрессія, порѣзала себѣ горло перочиннымъ ножикомъ, въ виду чего ее — въ возрастѣ 35 лѣтъ — доставили въ клинику. Здѣсь обнаруживала страхи, охотно стояла въ одной рубашкѣ у двери, кричала всѣмъ проходившимъ, что ей необходимо въ одной рубашкѣ в.йти на улицу. Въ дальнѣйшемъ она вообще не хотѣла ничего одѣть, разорвала свои рубашки,

т. к. онѣ слишкомъ хороши. Приходилось ее кормить черезъ зондъ. Спала очень мало. Каждый разъ, когда открывалась дверь, говорила, что вотъ идетъ кто то истязать ее. Не хотѣла мочиться, такъ какъ кто то подглядываетъ въ окно. Яркія галлюцинаціи, слуховыя и соматическія, однако больная о нихъ мало говоритъ. Спустя четыре мѣсяца больная стала поспокойнѣе. Однако голоса запрещаютъ ей громко говорить. Была у родныхъ, но охотно вернулась оттуда назадъ. Голоса сказали ей, что это ненастоящіе родные. Думаетъ, что въ животѣ у нея кошка и собака. Во снѣ ее уносятъ въ разныя мѣста, разъ ее будто унесли вмѣстѣ съ комнатой къ рѣкѣ, другой разъ на мѣсто, гдѣ былъ снѣгъ. „Мебель умерла отъ зеленыхъ лучей, которые ея глаза испускаютъ". Постепенно грустное настроеніе смѣнилось легкимъ маніакальнымъ, за которымъ къ концу года послѣдовало очень апатичное состояніе, съ небольшими все же колебаніями вверхъ и внизъ. Ее преднамѣренно хотятъ погубить; она слышитъ много голосовъ, путаетъ окружающихъ; боится выйти наружу, тамъ есть люди, которые ее застрѣлятъ; врачи дѣлаютъ ей всякія гадости въ животѣ. Тѣмъ не менѣе она протестуетъ очень слабо, въ общемъ довольно любезна, поскольку ея равнодушіе это позволяетъ. Ея американскій другъ пробрался къ ней подъ видомъ сидѣлки. Ей даютъ кушать ядъ и отвратительныя вещи. Ея дядя хотѣлъ ее застрѣлить съ дерева, что насупротивъ окна, однако ангелъ спасъ ее. Ее гипнотизируютъ, ей всадили кошачьи глаза. Сидѣлки говорятъ про нее. Паспортъ ея поддѣланъ Ей подкидываютъ незаконное дитя. Мужчины приходятъ, переодѣтые женщинами, мучаютъ ее, бьютъ по головѣ, гипнотизируютъ ее, льютъ ей ядъ въ глаза, забрасываютъ камнями. При всемъ томъ больная спокойна, занимается женскими работами и списываніемъ.

Гебефренія съ смертельнымъ исходомъ. Толковая женщина (купчиха). Въ 19 лѣтъ меланхолическое настроеніе. Въ дальнѣйшемъ дѣльно работала, однако особенно энергичной никогда не была. На 38-мъ году ей стало трудно работать. Сонливость, робость, молчаливость. При закупкахъ часто не находила нужныхъ словъ или вообще не могла говорить. Затѣмъ соединенныя со страхомъ идеи отношенія и обращенія на себя вниманія. Пребываніе въ частной лѣчебницѣ не дало улучшенія, столь же безуспѣшно была и выписка. Черезъ 2 года больную помѣстили въ клинику, гдѣ она въ теченіе нѣсколькихъ дней стала эйфоричной. При этомъ она была равнодушна, неряшлива, прятала книги; проиграетъ пару тактовъ и швыряетъ ноты на полъ и т. п. Все же ее можно было держать на хорошемъ отдѣленіи, она тамъ немного работала, безъ большого толку. Написала разъ домой письмо, полное вербигераціи. Попытка взять ее домой не удалась, такъ какъ она ничего не дѣлала, была неряшлива, ни разу не одѣлась какъ слѣдуетъ, не причесывалась. Ее помѣстили опять въ больницу, гдѣ она была нѣсколько эйфорична, однако стала все меньше работать, неряшливость стала увеличиваться; становилась на колѣни или ложилась на полъ, когда думала, что она одна. Своей лѣности пыталась придать характеръ важности. Въ дальнѣйшемъ бывала временами неопрятна, испражнялась въ неподходящихъ мѣстахъ. Послѣ 6 лѣтъ пребыванія въ больницѣ, у больной въ возрастѣ 45 лѣтъ внезапно развилась депрессія со страхами, стремленіемъ куда то уйти, приставаніемъ, безконечнымъ выкрикиваніемъ однихъ и тѣхъ же длинныхъ фразъ; при этомъ было и половое возбужденіе. Въ теченіе двухъ мѣсяцевъ вернулась къ status quo ante. Однако вскорѣ она заболѣла вновь съ температурой до 40° безъ мѣстныхъ явленій; черезъ пять дней температура пала и стала даже ниже нормы (до 35°,6). Слабость, быстро увеличивавшаяся. Пульсъ былъ все же еще незадолго до смерти хорошъ, не учащенъ, однако неправиленъ. Тугой затылокъ (а можетъ быть негативизмъ?); колѣнные рефлексы непостоянны, то повышены, то понижены. Бабинскаго не было. Частая анальгезія. Несмотря на всѣ мѣропріятія, быстро развился пролежень. Кома. Exitus на двѣнадцатый день. Въ мозгу макроскопически ничего не было обнаружено, микроскопически: сильное разрастаніе гліи въ мозгу повсюду безъ измѣненій гангліозныхъ клѣтокъ.

Шизофреническая ипохондрія. Крестьянская дѣвушка очень дѣльная, по умственному и физическому развитію выше средняго, по причинамъ внѣшняго свойства не получила должнаго образованія. Отецъ и дѣдъ долгое время страдали „желудочными схватками". Больная была очень хорошей работницей, ей поручали трудныя работы, а также счетоводство. Жила она у брата. Представлялись случаи выйти за-мужъ; она отъ нихъ систематически отказывалась: „трудно рѣшиться", „боялась брака". Имѣла нѣсколько

интимныхъ подругъ, даже въ больницѣ она сочинила стихи „подругѣ", въ которыхъ проступалъ гомосексуальный элементъ. Когда ей было 47 лѣтъ, умеръ ея братъ. Она стала послѣ этого чувствовать переутомленіе, жаловалась на желудокъ, должна была бросить работу. Она ходила отъ одного врача къ другому, ей ставили всевозможные діагнозы: вялость желудка и кишекъ, гнилостные процессы въ животѣ, colitis membranacea, желчный песокъ, уплотиеніе печени, подвижную почку, въ дальнѣйшемъ также истерію. Лѣкарства, которыя она принимала, „стали ядомъ для нея"; на нихъ, а также на электризацію, массажъ, психотерапію и прочія прекрасныя вещи она извела все свое состояніе (10 тыс. франковъ), такъ что ей пришлось прибѣгнуть къ благотворительности. Въ концѣ концовъ, она была переведена къ намъ изъ другой больницы, гдѣ съ ней не могли сладить. Она была въ возрастѣ 54, физически была очень крѣпка, имѣла цвѣтущій видъ. Жаловалась на вялость кишекъ, застой всѣхъ секретовъ; матка у нея увеличена, давитъ на кишки, содержимое которыхъ гніетъ, боли у нея ужасныя, клапановъ сердца совсѣмъ не стало и т. д.

Лѣченіе игнорированіемъ и отвлеченіемъ въ теченіе шести лѣтъ, которые она у насъ провела, дало тотъ результатъ, что она опять стала ежедневно работать и обычно не требовала никакого лѣченія. При этомъ она все же оговаривала, что мы въ ея болѣзни ничего не понимаемъ. Стоитъ заговорить съ ней о ея болѣзни, какъ она начинаетъ жаловаться на свои страданія и выражаетъ недовольство лѣченіемъ. Однако тутъ же она можетъ перейти въ дружески-эротическое настроеніе. Напр., она лежитъ полумертвая отъ боли; стоитъ ее пригласить танцовать, и она будетъ плясать до упаду. Во время разговора о болѣзни у нея часто опредѣленно параноидный взглядъ и рѣзко выраженный симптомъ Veraguth; и то, и другое проходитъ отъ отвлеченія сейчасъ же. Одинъ разъ она уговорила меня дать ей слабительное, такъ какъ она утверждала, что не имѣетъ стула. Несмотря на обильныя ежедневныя послабленія, она стояла на своемъ, немного похудѣла—и жаловалась все это время, какъ никогда. Разъ не вернулась съ прогулки и осталась у родныхъ (2 года).— Сильно онанировала.—Отличіе отъ истеріи—полное равнодушіе ко всему, что внѣ ея болѣзни и даже къ самой болѣзни, если не дать ей возможности говорить объ этомъ. Контактъ съ ней отрицательный устанавливается только въ отношеніи болѣзни, кромѣ того еще однообразно эротическій контактъ, стоящій въ рѣзкомъ противорѣчіи съ ея развитіемъ и ея чувствомъ приличія. На отдѣленіи она живетъ аутистически, ничѣмъ не выдѣляясь изъ ряда остальныхъ шизофрениковъ. Даже когда она жалуется на сидѣлокъ, она не устраиваетъ имъ никакихъ сценъ. Иногда у нея наблюдается опредѣленно неподвижное настроеніе. Ея ипохондрическія бредовыя идеи слишкомъ глупы для истеріи. По отношенію къ болѣзни съ нею нельзя совершенно сговориться, и она не поддается никакимъ уговорамъ (небольшое улучшеніе было достигнуто косвеннымъ путемъ).—Психически: libido ея связано съ представленіемъ о братѣ, которое она ассоціируетъ всякій разъ, когда говорятъ о замужествѣ. Вспоминая о немъ, она можетъ заплакать, что противорѣчитъ ея равнодушію ко всему, что не касается болѣзни. Когда онъ умеръ, она потеряла всякій интересъ, и работа ей надоѣла, появились „переутомленіе" и субъективные симптомы со стороны желудка и кишекъ. На основаніи нѣсколькихъ случайныхъ замѣчаній больной можно съ положительностью заключить, что воображаемое увеличеніе матки соотвѣтствовало желанію имѣть ребенка, а кишечникъ, какъ это часто бываетъ, представлялъ матку.

Гебефренія съ алкоголизмомъ. Пекарь, раньше содержалъ ресторанъ. Умственное развитіе среднее. Всегда былъ вспыльчивъ, грубъ. Въ 26 лѣтъ завелъ собственное дѣло, которое постепенно падало. Въ 38 лѣтъ появились голоса, страхи, сталъ привязывать двери, искалъ ночью мужчинъ, которые приставали къ его женѣ; нашелъ, что постель жены не въ порядкѣ, вдругъ сталъ видѣть головы. Покушался на самоубійство на томъ основаніи, что у него хотятъ отнять разрѣшеніе на ресторанъ, такъ какъ тамъ творятся нечистыя дѣла. По этому поводу былъ помѣщенъ въ больницу, откуда былъ выписанъ въ состояніи улучшенія. Нѣкоторые время не пилъ, хорошо работалъ, однако упрекалъ жену, что она его помѣстила въ больницу. Вскорѣ онъ началъ опять пить, опять появились идеи ревности, однако только въ состояніи опьяненія. Работалъ неаккуратно. Вслѣдствіе буйства былъ вновь помѣщенъ въ клинику. Не могъ точно осмыслить басню, пускалъ въ ходъ всевозможныя отговорки пьяницъ, однако съ нимъ было не въ примѣръ прочимъ

пьяницамъ, не такъ легко столковаться, временами онъ дѣлалъ доволно странныя движенія. Аффективная сфера въ началѣ была еще довольно неустойчива: то слезы по поводу помѣщенія въ больницу, то вновь безразличіе. По временамъ странныя движенія. Спустя недѣлю попалъ въ другую больницу съ діагнозомъ „гебефренія и алкоголизмъ". Оттуда былъ выписанъ по истеченіи двухъ недѣль. И на этотъ разъ воздержаніе отъ алкоголя дало сначала приличные результаты, но потомъ все стало хуже, появились бредъ ревности и насильственныя дѣйствія по отношенію къ женѣ. Свое дѣло больной принужденъ былъ закрыть, такъ какъ въ пьяномъ видѣ онъ выбрасывалъ хлѣбъ и другіе предметы за окно, оскорблялъ покупателей. Сталъ работать въ качествѣ подмастерья (пекаря), а то по недѣлямъ вовсе не работалъ. Иногда окружающіе замѣчали, что больной ничего не говоритъ. Идеи ревности становились все хуже. Онъ въ самыхъ циничныхъ выраженіяхъ разспрашивалъ дѣтей объ измѣнѣ жены. Затѣмъ онъ часто складывалъ спички по особому и таинственно говорилъ, что это что нибудь да обозначаетъ. Вслѣдствіе насилій надъ женой онъ (въ возрастѣ 47 лѣтъ) былъ опять помѣщенъ въ больницу въ состояніи полной задержки, однако это скоро прошло. Черезъ нѣсколько дней онъ попалъ въ другую больницу. Черезъ годъ былъ опять помѣщенъ съ явленіями мутизма и со сжатыми губами: онъ (на волѣ) обратилъ на себя вниманіе, благодаря странному поведенію, напр. онъ становился передъ трамваемъ и махалъ носовымъ платкомъ. По выпискѣ продолжалъ вести себя странно, работалъ мало; держался такъ, что всѣ его боялись, колотилъ жену и дѣтей. Все же вновь онъ попалъ къ намъ лишь черезъ пять лѣтъ въ состояніи алкогольнаго и шизофреническаго слабоумія. Былъ переведенъ въ другую больницу.

4. Тамъ, гдѣ мы видимъ лишь основные симптомы, мы говоримъ о Schizophrenia simplex (первичное слабоуміе прежнихъ авторовъ). Въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ медленно, десятилѣтіями прогрессирующее слабоуміе шизофреническаго характера. Изъ анамнеза обычно выясняется, что болѣзнь много лѣтъ проходила незамѣченной; это была скрытая шизофренія. Эта форма, какъ и всякая другая, не должна обязательно вести къ явному слабоумію; несомнѣнно бываютъ случаи скрытой шизофреніи, которые никогда не становятся явными; мы это видимъ часто у родственниковъ больныхъ, или на пріемѣ у больныхъ, пришедшихъ съ „нервными" жалобами.

Schizophrenia simplex. Учитель. Развитой человѣкъ, однако всегда отличался странностями, былъ замкнутъ. Съ годами дѣла въ школѣ стали итти все хуже. Дисциплина расшаталась. Однако лишь тогда, когда ему стало 50 лѣтъ, ему было указано, что дальше такъ продолжаться не можетъ. Вмѣсто того, чтобы считаться съ этимъ, онъ сталъ требовать у начальства прибавки. Въ концѣ концовъ, онъ принужденъ былъ подать въ отставку, и завелъ тяжбу въ защиту „своихъ правъ", начальство молъ обязано дать ему хорошо оплачиваемое мѣсто. Никакъ не удавалось втолковать ему, что его требованіе и матеріально, и формально невыполнимо. Онъ сталъ грозить, что побьетъ чиновниковъ, и какъ опасный въ общежитіи былъ помѣщенъ въ клинику. Здѣсь онъ внѣшне успокоился; такъ что черезъ 8 мѣсяцевъ его можно было выписать. По выпискѣ онъ живетъ съ грѣхомъ пополамъ на волѣ уже 20 лѣтъ, занимаясь мелкими сельско-хозяйственными работами.

Послѣднее время Kraepelin предложилъ нѣсколько болѣе подробную группировку:

1. Dementia simplex—соотвѣтствуетъ тому, что до сихъ поръ описывалось подъ этимъ именемъ; 2. дурачливое слабоуміе — соотвѣтствуетъ гебефреніи Hecker'a и хорошо характеризуется своимъ названіемъ; 3. простое депрессивное или ступорозное слабоуміе; оно часто имѣетъ многолѣтній періодъ предвѣстниковъ, когда больные уходятъ въ себя, дѣлаются странными. Только въ 20% это введеніе отсутствуетъ, и сразу развивается легкая шизофреническая депрессія съ идеями грѣховности и преслѣдованія, зачастую также съ кататоническими симптомами. Довольно большая часть больныхъ переходитъ затѣмъ въ сравнительно сносное состояніе безъ особаго

слабоумія; однако приступы могутъ повторяться. Въ это ступорозное слабоуміе входятъ многіе случаи нашей кататоніи съ депрессивной стадіей, но кромѣ того и гебефреніи. 4. Депрессивное слабоуміе съ образованіемъ бреда имѣетъ похожіе симптомы, однако протекаетъ въ среднемъ болѣе хронически, прогнозъ нѣсколько хуже, на первый планъ больше выступаютъ бредовыя идеи. 5. Въ циркулярной формѣ чередуются возбужденіе и депрессія; она, большею частью, ведетъ къ болѣе сильному слабоумію. (Наблюдается другая форма, которая, пожалуй, болѣе заслуживаетъ этого названія, такъ какъ она протекаетъ въ видѣ опредѣленныхъ маніакальныхъ и депрессивныхъ приступовъ, рѣзко отличающихся отъ промежутковъ, которые въ началѣ могутъ быть совсѣмъ хорошими). 6. Въ ажитированной формѣ наблюдается постоянное возбужденіе съ импульсивными дѣйствіями, безсмысленными движеніями и повышеннымъ въ общемъ настроеніемъ. (Эта форма относится, по мнѣнію Kraepelin'а, къ наиболѣе частымъ среди туземцевъ Явы). 7. Формы съ періодическими, остро развивающимися и столь же остро исчезающими приступами спутаннаго возбужденія; тянутся они, большею частью, недолго, всего лишь нѣсколько недѣль и ведутъ къ рѣзкой потерѣ вѣса. Они нерѣдко присоединяются къ менструаціямъ. 8. Кататоніи. Сюда входятъ болѣе тяжелые случаи прежней Kraepelin'овской болѣзни того же названія. 9. Параноидныя формы соотвѣтствуютъ нашему параноиду; онѣ дѣлятся на dementia paranoides gravis съ сильнымъ распадомъ душевной жизни, волевыми и аффективными разстройствами и потерей внѣшняго благообразія и на параноидное или галлюцинаторное слабоуміе, въ которомъ на первый планъ выступаютъ галлюцинаціи, а ядро личности меньше страдаетъ (dementia paranoides mitis). Въ качествѣ десятой формы можно выдѣлить рѣчевую спутанность (schizophasia), протекающую съ сильными разстройствами рѣчи вплоть до словесной окрошки, но со сравнительно меньшимъ пораженіемъ остальныхъ функцій, такъ что больные до нѣкоторой степени еще могутъ работать, по крайней мѣрѣ въ больницѣ.

E. Теченіе.

Невозможно описать всѣ варіанты теченія шизофреніи. Наблюдаются почти всевозможныя комбинаціи теченія, однако разъ развившееся сильное слабоуміе уже не проходитъ. Все же особенно часто повторяются два типа: хроническое теченіе съ начала до конца, требующее многихъ лѣтъ для развитія, или выявленіе болѣзни въ видѣ остраго приступа, послѣ котораго остаются „вторичныя" дементныя или параноидныя состоянія. Однако острый синдромъ не вызываетъ обязательно усиленія слабоумія, а съ другой стороны слабоуміе и образованіе бредовыхъ идей могутъ прогрессировать также въ промежуткахъ между острыми приступами и послѣ нихъ. Совсѣмъ хронически протекаютъ простая шизофренія и нѣкоторыя формы кататоніи, затѣмъ типичныя формы параноида.

При всякомъ теченіи могутъ въ любой моментъ наступать ухудшенія, однако если болѣзнь тянется уже 20-30 лѣтъ, эти ухудшенія появляются довольно рѣдко. Полное затишье наблюдается у коечныхъ больныхъ не часто. Съ теченіемъ десятилѣтій обычно можно констатировать ухудшеніе слабоумія. У многихъ изъ числа болѣе легкихъ больныхъ, живущихъ на волѣ, болѣзнь, видимо, дальше опредѣленной высоты не идетъ.

Улучшеніе тоже можетъ наступить въ любой стадіи; однако оно, главнымъ образомъ, касается добавочныхъ симптомовъ. Само по себѣ шизофреническое слабоуміе, собственно говоря, не проходитъ. Острые синдромы однако, само собою понятно, имѣютъ тенденцію исчезать; хроническія галлюцинаціи и бредовыя идеи тоже могутъ стушевываться, однако это наблюдается рѣже. Совер-

шенно безнадежны психозы, протекающіе съ самаго начала въ видѣ хронической кататоніи. Возбужденные больные съ годами становятся обычно спокойнѣе: отчасти они внутренне и внѣшне привыкаютъ къ галлюцинаціямъ и раздвоенію, отчасти частота и интенсивность обмановъ чувствъ ослабѣваетъ.

Замѣчательны внезапныя преходящія успокоенія, которыя наблюдаются въ тяжелыхъ острыхъ и хроническихъ состояніяхъ. Въ высокой степени возбужденный больной можетъ вдругъ — по причинамъ внѣшняго свойства или безъ нихъ — стать на видъ совершенно нормальнымъ, хотя потомъ — черезъ нѣсколько часовъ или дней — все же опять впадаетъ въ прежнее состояніе.

Въ качественномъ отношеніи теченіе носитъ болѣе правильный характеръ: большинство случаевъ остается отъ начала до конца въ предѣлахъ своей группы, хотя переходъ изъ кататонической формы въ параноидную и любую другую совершается здѣсь чаще, чѣмъ переходъ изъ одной разновидности прогр. паралича въ другую.

Начало шизофреніи въ дѣйствительности имѣетъ, большею частью, постепенный характеръ. Хотя родные замѣчаютъ болѣзнь только послѣ острой вспышки, однако хорошій анамнезъ обнаруживаетъ, что и до этого существовали извѣстныя измѣненія характера или другіе шизофреническіе признаки. Трудно рѣшить, является ли наблюдающаяся часто въ дѣтствѣ особенная склонность къ замкнутости и связанная съ этимъ извѣстная степень раздражительности проявленіемъ конституціи (предрасположеніемъ), или же это уже есть начало болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь выражается тѣмъ, что способности вообще и работоспособность постепенно „сдаютъ"; въ другихъ случаяхъ неврастеническіе и даже истерическіе симптомы годами принимаются за болѣзнь и лѣчатся безъ толку. Аномаліи характера и отдѣльные немотивированные поступки скорѣе бросаются въ глаза. Временами болѣзнь неправильно считаютъ навязчивымъ неврозомъ.

Исходомъ въ небольшой (ниже одного процента) части острыхъ случаевъ является смерть отъ набуханія мозга или полнаго разстройства обмѣна веществъ. Другіе больные умираютъ отъ косвенныхъ послѣдствій болѣзни, отъ преднамѣренныхъ иля нечаянныхъ поврежденій, отъ самоубійства. Обычно приводится въ качествѣ причины смерти и чахотка, однако при правильной постановкѣ гигіены въ больницахъ чахотка бываетъ не чаще, чѣмъ у здоровыхъ.

Небольшая часть больныхъ настолько „излѣчивается", что лишь очень тщательное изслѣдованіе открываетъ еще нѣкоторые признаки болѣзни: извѣстную раздражительность, неполное освобожденіе отъ бредовыхъ идей, нѣкоторыя странности и т. п. Во всякомъ случаѣ „соціальное выздоровленіе" наблюдается не такъ рѣдко. Въ условіяхъ нашей больницы можно считать, что лишь одна треть кончаетъ болѣе тяжелымъ слабоуміемъ, болѣе половины остальныхъ случаевъ довольно долго или даже все время сохраняетъ до нѣкоторой степени работоспособность. Кататонія, особенно у мужчинъ, даетъ нѣсколько худшую прогностику, нежели остальныя формы; зрачковые симптомы наблюдаются, повидимому, больше при пораженіяхъ мозга; „ненормальности характера" въ прошломъ тоже омрачаютъ прогнозъ. Су-

меречныя состоянія проходятъ тѣмъ лучше, чѣмъ они чаще. Къ сожалѣнію, мы помимо этого не имѣемъ въ началѣ болѣзни другихъ точекъ опоры для прогноза длительности.

Исходы болѣзни по Kraepelin'у.

Kraepelin упоминаетъ слѣдующія формы исхода (понятно, онѣ не поддаются рѣзкому разграниченію):

1. Въ простомъ слабоумiи наблюдаются изъяны преимущественно въ аффективной сферѣ, причемъ остается извѣстная степень работоспособности. 2. Похоже на него галлюцинаторное слабоумiе, однако оно все время сопровождается отдѣльными обманами чувства, болѣзненную натуру которыхъ больные болѣе или менѣе признаютъ, такъ что поведеніе больныхъ въ главныхъ чертахъ еще правильно. 3. Dementia paranoides mitis характеризуется бредовыми идеями и галлюцинаціями, очень многочисленными (въ отличіе отъ предыдущей группы). 4. Деліріозное слабоумiе обнаруживаетъ сильную разлаженность хода мыслей съ нелѣпыми бредовыми идеями и нелѣпыми рѣчами. 5. Тупое слабоумiе стоитъ уже недалеко отъ могильнаго спокойствія, хотя отдѣльные больные еще справляются съ второстепенными работами; однако почти нѣтъ случая, гдѣ бы не было отъ времени до времени возбужденія и положительныхъ симптомовъ въ родѣ стереотипій и т. д. 6. Дурачливое слабоумiе проявляется въ большей активности при веселомъ настроеніи и однообразныхъ дѣйствіяхъ. 7. Сходно съ нимъ манерное слабоумiе, однако здѣсь на первый планъ выступаютъ странныя аберраціи волевыхъ актовъ (вродѣ прыганія на одной ногѣ, стереотипныхъ позъ и т. п.). 8. Негативистическое слабоумiе характеризуется силой импульсивнаго сопротивленія.

F. Объемъ понятія.

Къ шизофреніи относятся: многія нечистыя меланхоліи и маніи другихъ школъ (главнымъ образомъ всѣ „истерическія" маніи и меланхоліи), большая часть случаевъ галлюцинаторной спутанности, многое, что другіе называютъ аменціей (мы толкуемъ понятіе аменціи въ болѣе тѣсномъ смыслѣ), часть формъ, относимыхъ къ delirium acutum, Motilitätspsychosen Wernicke, первичное и вторичное слабоумiе безъ особаго обозначенія, большинство параной другихъ школъ, главнымъ образомъ, всѣ истерически „помѣшанные", почти всѣ неизлѣчимыя ипохондріи, нѣкоторые „нервные", импульсивные и навязчивые больные. Выдѣленныя въ качествѣ особыхъ болѣзней юношескія и мастурбаціонныя формы относятся цѣликомъ сюда, равно какъ и большая часть дегенеративныхъ психозовъ Magnan'a. Нѣкоторые тюремные психозы и Ganser'овскія сумеречныя состоянія представляютъ острые синдромы на основѣ хронической шизофреніи. Приходится иногда еще причислять сюда реактивные психозы, но это уже недостатокъ діагностики, а не систематики.

Парафреніи. Немалая часть параноидныхъ случаевъ, которые я, слѣдуя прежнему ученію Kraepelin'a, причисляю здѣсь къ dementia praecox, сильно отличаются по всему внѣшнему habitus'y отъ средняго типа застрявающихъ въ больницѣ шизофрениковъ. Они гораздо лучше сохраняются въ смыслѣ внѣшняго поведенія и поэтому до извѣстной степени остаются работоспособными, а если поведеніе и неправильно, то оно все же объясняется бредовыми представленіями. Разстройства чувства и воли, а также кататоническіе симптомы отступаютъ на задній планъ. Внутренній остовъ душевной жизни, по выраженію Kraepelin'a, менѣе задѣтъ. Очень вѣроятно, что среди этихъ случаевъ имѣются формы, которыя нужно бы отдѣлить отъ dementia praecox въ ея теперешнемъ видѣ; послужитъ ли это поводомъ для расширенія понятія шизофреніи, или эти случаи являются чѣмъ то другимъ, покажетъ будущее. Во всякомъ случаѣ наша современная діагностика не въ состояніи отличить эти формы отъ многочис-

ленныхъ болѣе легкихъ случаевъ несомнѣнной шизофреніи, которые тоже довольно хорошо держатся въ началѣ, а часто и въ теченіе всей болѣзни. Изъ разныхъ попытокъ выдѣлить подобныя формы, приведемъ Kraepelin'овскую:

1. „Paraphrenia systematica характеризуется очень постепеннымъ развитіемъ прогрессирующаго бреда преслѣдованія съ присоединяющимися впослѣдствіи идеями величія безъ распада личности". Она обнимаетъ въ основѣ Magnan'овскій délire chronique à evolution systematique (paranoia completa по Moebius'у). Больные недовѣрчиво замыкаются, постепенно все больше и больше истолковываютъ дѣйствія окружающихъ въ смыслѣ преслѣдованія; галлюцинаціи, преимущественно слуховыя, присоединяются часто лишь черезъ много лѣтъ. Гораздо позже появляются идеи величія, то понемногу, то внезапно, какъ бы наитіемъ; эти идеи тѣсно бываютъ переплетены съ идеями преслѣдованія. Ложныя воспоминанія поддерживаютъ дѣйствіе галлюцинацій. Настроеніе въ началѣ, большею частью, подавлено; въ дальнѣйшемъ враждебно угрожающее; бредъ величія вноситъ надменную ноту презрѣнія. Поступки обусловливаются прежде всего бредовыми идеями, но могутъ иногда принять непонятный характеръ. Болѣзнь проявляется поздно, между 30 и 40 годами.

Менѣе часты слѣдующія группы:

2. Paraphrenia expansiva характеризуется „развитіемъ пышнаго бреда величія съ повышеннымъ настроеніемъ и легкимъ возбужденіемъ". Развитіе идетъ быстрѣе, чѣмъ въ первой формѣ; зрительныя галлюцинаціи играютъ очень большую роль. Болѣзнь эта поражаетъ женщинъ чаще, чѣмъ мужчинъ.

3. Въ paraphrenia confabulatoria господствуютъ ложныя воспоминанія, которыя относятъ къ прошлому цѣлый рядъ переживаній съ характеромъ преслѣдованія и величія.

4. Paraphrenia phantastica включила въ себя dementia paranoides въ старомъ, болѣе тѣсномъ смыслѣ; при ней развиваются довольно быстро, часто при подавленномъ настроеніи, совершенно безсмысленныя бредовыя идеи, наряду съ которыми сохраняется еще извѣстная душевная живость, а въ больницахъ эти больные бываютъ еще довольно работоспособны. Кромѣ остальныхъ галлюцинацій здѣсь сильно выступаютъ на первый планъ разстройства соматическихъ ощущеній.

G. Комбинація шизофреніи съ другими болѣзнями.

Шизофренія можетъ комбинироваться съ другими болѣзнями; во всякомъ случаѣ она можетъ развиться на основѣ олигофреніи („Propfhebephrenie"[1]) и сопровождаться старческими психозами. Иногда картина осложняется прогр. параличемъ, чаще алкоголизмомъ съ delirium tremens или алкогольнымъ бредомъ. Вѣроятно, бываетъ также смѣсь маніакально-депрессивнаго психоза и эпилепсіи съ шизофреніей. Однако отношеніе этихъ двухъ болѣзней къ dementia praecox очень многообразно и еще очень неясно, то же относится и къ разграниченію комбинированныхъ формъ отъ формъ, хотя и простыхъ, но съ смѣшанными какъ будто бы симптомами.

H. Діагнозъ.

Діагнозъ шизофреніи въ обычныхъ случаяхъ очень легокъ. Черты своеобразія, капризности, отрывочности, недостаточный аффективный контактъ — часто при первомъ взглядѣ выдаютъ эту болѣзнь. Быстрое распознаваніе удается также, благодаря нѣкоторымъ добавочнымъ симптомамъ вродѣ описанныхъ бредовыхъ идей, характерныхъ въ своемъ родѣ галлюцинацій, особенно соматическихъ ощущеній,

[1]) Впрочемъ Propfschizophrenie представляетъ, вѣроятно, болѣзнь самостоятельную. Во всякомъ случаѣ доступъ къ этимъ больнымъ черезъ аффективную сферу совершенно свободенъ.

ясно выраженныхъ кататоническихъ симптомовъ. Однако всѣ отдѣльные симптомы нужно при шизофреніи больше, чѣмъ гдѣ бы то ни было, оцѣнивать съ точки зрѣнія всей психической обстановки. Одни и тѣ же явленія при затуманенномъ сознаніи далеко не имѣютъ такого значенія, какое они имѣютъ при ясномъ сознаніи. Каталепсія наблюдается также при эпилепсіи, истеріи, затѣмъ при заболѣваніяхъ мозга и, въ качествѣ сопутствующаго симптома, при физическихъ болѣзняхъ, напр. при урэміи. Въ негативизмѣ нужно отличать стихійный моментъ отъ формъ отказа, обусловленныхъ другими причинами. Изъ физическихъ симптомовъ имѣетъ опредѣленное значеніе лишь отсутствіе психической реакціи и зрачковъ. Исключить шизофренію непосредственно никогда нельзя.

Отъ смѣшенія съ маніакально-депрессивнымъ психозомъ часто помогаетъ лишь длительное наблюденіе. Всѣ симптомы маніакально-депрессивнаго психоза могутъ наблюдаться и при шизофреніи, но специфическіе симптомы шизофреніи не бываютъ при первой болѣзни. Отличіемъ отъ прогр. паралича и dementia senilis является отсутствіе признаковъ органическаго психоза (при надобности изслѣдовать спинно-мозговую жидкость). Грубыя очаговыя пораженія мозга могутъ иногда долгое время симулировать шизофреническую картину. У имбецилика можетъ развиться ступоръ подъ вліяніемъ необычнаго положенія, напр. при судебно-медицинскомъ изслѣдованіи. Отличіемъ отъ эпилепсіи служатъ шизофреническія аномаліи аффективной сферы, затѣмъ, съ другой стороны, отсутствіе медлительнаго эпилептическаго мышленія, эпилептической рѣчи, вялости въ области чувствъ. Въ анамнезѣ эпилептиковъ господствуютъ обычно припадки, у шизофрениковъ же, даже если и бывали припадки, преобладаютъ однако психическія разстройства. Эпилептическая каталепсія продолжается, большею частью, лишь короткое время, напр. меньше часу, но никогда не мѣсяцами, какъ въ шизофреніи. Въ эпилептическомъ омраченіи сознанія, особенно, если болѣзнь обусловлена мозговымъ очагомъ, бываютъ иногда парэстезіи, подвергающіяся сноподобному истолкованію и симулирующія шизофреническія галлюцинаціи органовъ тѣла. Различнаго рода алкогольные психозы возникаютъ нерѣдко на почвѣ шизофреніи, которую они, въ свою очередь, потомъ осложняютъ. Связанная съ большими трудностями, особенно въ началѣ, дифференцировка отъ истеріи и неврастеніи носитъ отрицательный характеръ, какъ при маніакально-депрессивномъ психозѣ. Психогенные симптомы могутъ быть при всѣхъ трехъ болѣзняхъ, поэтому мы признаемъ наличіе шизофреніи тогда, когда находимъ специфическіе признаки этой болѣзни, а истерію и неврастенію тогда, когда изслѣдованіе обнаружило истерическіе или неврастеническіе симптомы и не обнаруживаетъ шизофреническихъ симптомовъ. Слабоуміе, разстройство понятій, слуховыя галлюцинаціи и длительныя бредовыя идеи при ясномъ сознаніи исключаютъ чистый неврозъ (ср. дифференціальную діагностику истеріи, гл. XIII).

Особенно трудно отграниченіе отъ реактивныхъ синдромовъ или логическихъ странностей у психопатовъ. Мы не распола-

гаемъ еще масштабомъ, который позволялъ бы намъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ увѣренностью судить, насколько должны быть выражены симптомы, чтобы можно было признать или исключить шизофреническій процессъ. Приходится въ такихъ случаяхъ признавать шизофреніи лишь тогда, когда имѣются на-лицо опредѣленные признаки ея, но нужна большая осторожность при „исключеніи" этой болѣзни.

Олигофреніи съ кататоноподобными или параноидными симптомами иногда почти невозможно отличить, такъ какъ именно здѣсь еще не выяснены предѣлы діагностической цѣнности этихъ явленій и даже принципіальное отграниченіе вообще олигофреній (ср. параноя, границы ея, гл. XIV).

I. Постановка прогноза.

Болѣзнь протекаетъ въ направленіи вышеописаннаго слабоумія. Спеціальный прогнозъ направленія, съ нѣкоторымъ вѣроятіемъ, опредѣляется причисленіемъ случая къ одной изъ подгруппъ. Болѣе шаткимъ является прогнозъ длительности. Нѣкоторые случаи послѣ перваго приступа, а иногда даже и позже, обнаруживаютъ настолько ничтожный дефектъ, что практически могутъ считаться выздоровѣвшими; другіе быстро впадаютъ въ глубокое слабоуміе. Къ послѣднимъ несомнѣнно принадлежатъ всѣ кататоніи съ хроническимъ началомъ, вѣроятно, также и болѣе рѣдкіе случаи затуманеннаго сознанія („оглушенности") въ вышеуказанномъ смыслѣ. Всѣ острые синдромы могутъ пройти. Острыя состоянія при сильномъ разстройствѣ сознательности, какъ бы они ни были тяжелы, сами по себѣ не безнадежны. Однако кардинальные симптомы имѣютъ слабую тенденцію къ улучшенію, упорнѣе всего держится ассоціативное разстройство. Важнѣе всего, такимъ образомъ, при остромъ состояніи установить, какъ далеко зашелъ собственно шизофреническій процессъ; прогнозъ тѣмъ хуже, чѣмъ яснѣе шизофреническая картина ассоціативнаго и аффективнаго разстройства проступаетъ сквозь острые преходящіе симптомы: измѣненіе настроенія, ступоръ, галлюцинаціи; чѣмъ картина болѣе приближается къ чистой меланхоліи или маніи, тѣмъ прогнозъ лучше. Отъ этого онъ, конечно, не становится совсѣмъ хорошимъ, ибо наблюденіе лишь устанавливаетъ, что слабоуміе до сихъ поръ еще не наступило, но не исключаетъ возможности его наступленія въ будущемъ. Важныя точки опоры даетъ часто анамнезъ. Хорошія ремиссіи въ прошломъ позволяютъ съ большой долей вѣроятности ожидать и въ настоящемъ порядочнаго улучшенія. Наоборотъ, наличіе слабоумія до этого приступа исключаетъ возможность значительнаго улучшенія; ибо улучшенія въ сравненіи съ прежнимъ состояніемъ мы видимъ рѣдко послѣ остраго приступа, какъ правило же наблюдается ухудшеніе въ различной степени.

Благопріятнымъ признакомъ,особенно у женщинъ, является сохраненіе благопристойности и въ остромъ состояніи, между тѣмъ какъ явная потеря чувства приличія у сознательныхъ и въ общемъ спокойныхъ больныхъ даетъ плохія перспективы. Съ другой стороны, неосновательно дѣлать обратный выводъ, т. е. отсутствіе чувства

приличія въ остромъ состояніи не предвѣщаетъ плохого исхода, и сохраненіе его въ сознательномъ состояніи не указываетъ непремѣнно на хорошій исходъ.

Собственно говоря, хроническія состоянія мало поддаются улучшенію; мы только не всегда знаемъ, что нужно считать хроническимъ. Нѣкоторые больные много лѣтъ подъ рядъ бываютъ равномѣрно возбуждены, но все еще производятъ впечатлѣніе острыхъ и иногда неожиданно поддаются улучшенію; въ рѣдкихъ случаяхъ и послѣ 10-20 лѣтъ больные, какъ будто совершенно непригодные для общежитія, вдругъ выписываются въ работоспособномъ состояніи. Кромѣ того, иногда усиленіе слабоумія внѣшне приходится считать улучшеніемъ; больные становятся равнодушными къ своимъ бредовымъ идеямъ и голосамъ и поэтому успокаиваются, иногда даже начинаютъ работать. Во многихъ случаяхъ и галлюцинаціи съ теченіемъ времени уменьшаются и даже совсѣмъ исчезаютъ.

Наклонность къ рецидивамъ очень трудно учесть. Чѣмъ дольше тянется интервалъ, тѣмъ менѣе нужно опасаться новаго ухудшенія. Послѣ двадцати лѣтъ затишья еще наблюдается дальнѣйшее очень медленное паденіе производительности, но новые приступы тогда очень рѣдки. Извѣстную опасность для женщинъ представляютъ климактерій, беременность и послѣродовой періодъ.

K. Причины.

Большую роль играетъ, конечно, наслѣдственное отягощеніе. У прямыхъ предковъ больныхъ психозы, особенно шизофренія, встрѣчаются въ нѣсколько разъ чаще, чѣмъ у здоровыхъ. Встрѣчаются, конечно, и нервно-больные въ семьяхъ шизофрениковъ, хотя бы уже по одному тому, что многіе шизофреники сходятъ за нервно-больныхъ. Существуютъ, повидимому, какія то то семейныя соотношенія съ извѣстнымъ, не поддающимся болѣе точному опредѣленію классомъ эпилепсіи. При всемъ томъ встрѣчаются шизофреніи, гдѣ и самое точное ознакомленіе съ семьей не обнаруживаетъ наслѣдственнаго предрасположенія.

Личное предрасположеніе проявляется въ трехъ четвертяхъ случаевъ уже съ юности въ аутистическомъ, склонномъ къ замкнутости характерѣ, затѣмъ въ другихъ странностяхъ и отклоненіяхъ отъ нормальнаго мышленія. Въ небольшомъ процентѣ случаевъ симптомы ясно выраженной болѣзни можно прослѣдить до ранняго дѣтства, въ большинствѣ же случаевъ болѣзнь обнаруживается въ промежутокъ отъ періода половой зрѣлости до 25 лѣтъ; съ 30 лѣтъ заболѣваемость быстро падаетъ и вновь нѣсколько поднимается у женщинъ въ періодѣ климактерія. Лишь хронически параноидныя формы вспыхиваютъ предпочтительно позже, лѣтъ около 40.

Изъ внѣшнихъ моментовъ приступы шизофреніи иногда вызываются беременностью, а еще чаще послѣродовымъ періодомъ, а можетъ быть — хотя не такъ часто — острыми инфекціями, затѣмъ нѣкоторыми психическими моментами, особенно неудачной любовью. Мы должны однако допустить, что эти моменты не лежатъ въ основѣ болѣзни, но лишь выявляютъ ее. Онанизмъ и переутомленіе выставляются въ качествѣ причины, но безъ серьезныхъ основаній.

L. Частота и распространенность.

Шизофренія является самой частой душевной болѣзнью, если не считать олигофреніи и алкоголизма. Въ нашу больницу она приводитъ 23% мужчинъ и 39% женщинъ, при этомъ относительная численная разница объясняется почти исключительно плюсомъ алкоголиковъ и паралитиковъ у мужчинъ. Такъ какъ шизофреники вмѣстѣ съ тѣмъ и неизлѣчимы и долго живутъ, они могутъ въ лѣчебницѣ, гдѣ не принимаютъ въ большомъ количествѣ идіотовъ, составлять $^3/_4$ общаго состава больныхъ.

Болѣзнь наблюдается у всѣхъ расъ и при всякой культурѣ. Какъ будто однако она рѣже принимаетъ характеръ кататоніи у примитивныхъ народовъ.

M. Анатомія и патологія.

На чемъ основанъ болѣзненный процессъ, мы еще не знаемъ. Въ острыхъ стадіяхъ мы находимъ различнаго рода измѣненія гангліозныхъ клѣтокъ. Въ старыхъ случаяхъ мозговая масса всегда нѣсколько уменьшена; многія гангліозныя клѣтки, особенно во второмъ и третьемъ слояхъ претерпѣваютъ различнаго рода измѣненія; иногда страдаютъ фибрилли клѣтокъ, и осевые цилиндры. Обычно поражается и глія: различныя измѣненія въ ея клѣткахъ, увеличеніе количества малыхъ клѣтокъ, отложеніе пигмента и другихъ продуктовъ распада, увеличеніе тонкихъ волоконъ гліи и многое другое. Результаты изслѣдованія еще нельзя свести воедино и трудно объяснить, какъ въ смыслѣ ихъ этіологіи, такъ и въ смыслѣ ихъ вліянія.

Въ первую голову приходится думать о токсическихъ разстройствахъ, особенно о вліяніи половыхъ органовъ, а также щитовидной железы. Посредствомъ реакціи Abderhalden'а находили, какъ будто регулярно, признаки распада въ обоихъ этихъ органахъ, наряду конечно съ другими органами, особенно мозгомъ и надпочечниками.

Такія данныя получаются при шизофреніи, правда, особенно часто, однако не регулярно. Къ тому же, мы при всѣхъ психозахъ натыкаемся на всевозможныя комбинаціи распада въ органахъ. Въ виду этого реакція Abderhalden'а въ настоящемъ ея видѣ не можетъ служить ни для отграниченія шизофреніи, ни для пониманія ея сути.

Предположеніе шизофреническаго (наслѣдственнаго) предрасположенія, которое сейчасъ особенно въ ходу, натыкается на нѣкоторыя трудности. То, что мы знаемъ, объяснялось бы цѣликомъ, если бы мы имѣли дѣло съ хронической инфекціей или интоксикаціей вслѣдствіе общераспространеннаго вреднаго начала. Однако мы никакихъ слѣдовъ такой этіологіи найти не можемъ.

Несомнѣнно, что наиболѣе рѣзкіе симптомы шизофреніи представляютъ явленія вторичнаго характера. Болѣзненный процессъ, какъ таковой, не вызываетъ непосредственно большую часть разстройствъ. Содержаніе галлюцинацій и бредовыхъ идей вызывается кататимически комплексами; въ ассоціативныхъ разстройствахъ возможность колебаній отъ нуля до maximum въ теченіе нѣсколькихъ минутъ доказываетъ участіе психическаго фактора; да и принципіально шизофреническія ассоціаціи до сихъ поръ нельзя отличить отъ ассоціацій въ снахъ и при отвлеченіи вниманія. И аффективныя разстройства имѣютъ свои аналогіи въ здоровой психикѣ; непріятные аффекты могутъ быть „вытѣснены", „ущемлены" и могутъ вызвать общую неподвижность аффектовъ или кажущееся равнодушіе; въ снахъ мы отличнѣйшимъ образомъ видимъ самыя различныя формы количественныхъ и качественныхъ паратимій.

N. Лѣченіе.

Большинство шизофрениковъ вовсе не нужно лѣчить, или во всякомъ случаѣ не въ больницахъ. Помѣщенію въ больницы они подлежатъ лишь по особымъ показаніямъ, которыя, правда, довольно часты, напр. острые приступы, назойливость, насильственныя дѣйствія, опасность самоубійства, а главное необходимость извѣстнаго воспитанія больныхъ. При первой возможности ихъ нужно опять выписывать, такъ какъ въ дальнѣйшемъ это гораздо труднѣе удается, ибо не только больные, но еще больше родственники слишкомъ быстро свыкаются съ интернированіемъ. Потеря аффективнаго контакта даетъ себя знать и въ этомъ отношеніи. Слѣдуетъ предостеречь противъ всѣхъ дорого стоющихъ курсовъ лѣченія, ибо пользы отъ нихъ никакой. Вообще не нужно приносить въ жертву лѣченію моральные и экономическіе интересы здоровыхъ членовъ семьи. Зато главнымъ средствомъ является воспитаніе къ работѣ въ возможно нормальныхъ условіяхъ, въ большинствѣ случаевъ оно даетъ еще очень много, иногда все, чего желательно достигнуть. У болѣе тяжелыхъ больныхъ не нужно пугаться назначенія менѣе интересныхъ работъ (распилка дровъ, расщипываніе шерсти, склеиваніе коробокъ, списываніе, подсобныя работы). Само собою понятно, что нужно избѣгать психическихъ помѣхъ къ улучшенію — раздраженія нетерпѣливымъ обращеніемъ, пробужденія ревности путемъ пребыванія у члена семьи, вступившаго въ счастливый бракъ и т. п.

Въ частности нужно имѣть въ виду еще слѣдующее: для работоспособныхъ молодыхъ шизофрениковъ нужно выбирать простыя профессіи, ведущія къ реальной жизни и практической работѣ, а не къ теоріи и аутизму. Шизофреническое фокусничаніе въ какой либо дѣятельности не нужно принимать за спеціальный талантъ. Спокойное обсужденіе столь частой борьбы съ онанизмомъ иногда очень полезно въ смыслѣ успокоенія и вѣроятнаго предотвращенія тяжелыхъ патогенныхъ комплексовъ въ будущемъ.

Если знать чувствительныя мѣста больного, то не только врачу возможно дѣйствовать успокаивающе, но и окружающіе могутъ предотвращать возбуждающіе моменты (разговоры о замужествѣ сестры, посѣщеніе мужчины, котораго больная любила и т. п.).

Когда болѣзнь развилась, нужно разъяснить окружающимъ, что поскольку бредовыя идеи и галлюцинаціи не ведутъ къ непріятнымъ дѣйствіямъ, къ нимъ нужно относиться, какъ къ болѣзненнымъ явленіямъ, спокойно и безъ возраженій. Часть физическихъ жалобъ больныхъ имѣютъ чисто психогенный характеръ, и ихъ нужно лѣчить суггестивно, другія, напр. нѣкоторые виды головной боли, безсонница, частыя поллюціи, находятся, пожалуй, въ болѣе непосредственной связи съ болѣзненнымъ процессомъ; ихъ можно лѣчить при помощи лѣкарствъ, слѣдуетъ лишь пріучить больного къ лѣкарствамъ. Состоянія общей нервной возбудимости (а не возбужденіе собственно) часто поддаются дѣйствію брома. Въ случаяхъ, когда толчкообразное ухудшеніе прошло, а больной все еще не можетъ избавиться отъ бредовыхъ представленій, импульсивныхъ дѣйствій или отъ страха передъ жизнью и работой, иногда хорошо помогаетъ перемѣна мѣста, только не курортъ, пріучающій лѣнтяйничать. И

болѣе легкихъ больныхъ не слѣдуетъ представлять самимъ себѣ. Имъ нуженъ человѣкъ, который бы о нихъ заботился тактично, не раздражая, слѣдилъ бы за ними незамѣтно, поддерживалъ бы и воспитывалъ, поскольку это нужно и возможно. У болѣе тяжелыхъ больныхъ можно использовать наклонность къ автоматизму и, хоть внѣшне, держать больного, если не на полезной работѣ, то по крайней мѣрѣ въ рамкахъ правильной жизни. Если слабоуміе прогрессируетъ, нужно изыскивать болѣе простые виды работы.

Бываютъ случаи, гдѣ приходится производить выкидышъ, а иногда искусственную стерилизацію. Однако, необходимо, чтобы были вполнѣ опредѣленныя показанія, вродѣ явнаго ухудшенія отъ беременности, необузданныхъ сексуальныхъ стремленій и т. п. Отъ кастраціи, которую часто предлагаютъ, я хорошихъ результатовъ никогда не видѣлъ, а плохіе нерѣдко.

X. Эпилепсія

Существуетъ извѣстное количество болѣзней, которыя протекаютъ съ психическими симптомами, и въ которыхъ эпилептическій припадокъ представляетъ наиболѣе выдающееся явленіе; эти болѣзни мы называемъ эпилепсіями. Три четверти общаго ихъ числа занимаетъ одна, довольно хорошо очерченная, группа; остальныя недостаточно выяснены и собственно выдѣлены опредѣленно лищь, благодаря анатомическимъ изслѣдованіямъ Alzheimer'a.[1] Основная группа, которая одна лищь можетъ насъ здѣсь интересовать называется генуинной эпилепсіей; названіе это, собственно говоря, должно бы обнимать и другія формы и выдѣлять ихъ всѣ въ совокупности, отъ симптоматической эпилепсіи—отъ эпилептиформныхъ припадковъ при другихъ болѣзняхъ. Такіе припадки могутъ наблюдаться при всѣхъ мозговыхъ заболѣваніяхъ (напр. опухоли, склерозы, прогр. параличъ, артеріосклеротическій психозъ, пресбіофренія, шизофренія), равно какъ при отравленіяхъ, напр. алкоголемъ, свинцомъ, эрготиномъ и при эклампсіи и урэміи. Между тѣмъ, генуинная эпилепсія характеризуется не только хронически повторяющимися эпилептиформными припадками, она помимо этого развиваетъ цѣлый рядъ свойственныхъ ей психическихъ симптомовъ. Кромѣ того, при ней часто бываютъ „абортивные" или вообще иные припадки, которые тѣмъ не менѣе столь же опредѣленно указыкаютъ на болѣзнь, какъ и тѣ, что мы называемъ эпилептиформными. Послѣдніе, хотя и считаются „типическими" могутъ отступать на задній планъ или вообще отсутствовать, и все же это не дѣлаетъ діагноза невозможнымъ. Затѣмъ, почти всѣ случаи генуинной эпилепсіи имѣютъ общую анатомическую подкладку. Тѣмъ не менѣе, она все еще недостаточно отграничена отъ остальныхъ формъ эпилепсіи; очень возможно, что и вышеочерченная группа при болѣе внимательномъ разсмотрѣніи распадается на подгруппы.

Типичными чертами тѣхъ припадковъ, которые мы называемъ эпилептиформными, являются: внезапное, зачастую молніе-

[1] Группировка эпилепсіи. Отчетъ годового собранія нѣмецкаго союза психіатровъ. 26/27 апрѣля 1907. Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 64, Стр. 418.

носное появленіе судорогъ во всей мускулатурѣ, которыя носятъ тоническій, потомъ клоническій характеръ, тянутся нѣсколько минутъ[1]) и связаны съ тяжелымъ разстройствомъ сознанія, имѣющимъ видъ полной потери сознанія.

Припадку предшествуютъ предвѣстники въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, рѣже дней; чаще всего это „измѣненія настроенія", но могутъ быть и любыя другія непріятныя ощущенія, рѣже галлюцинаціи и сумеречныя состоянія. Большею частью, припадокъ сразу обрываетъ всѣ эти предвѣстники.

Прелюдіей самаго припадка является аура. Она состоитъ чаще всего изъ какихъ нибудь парэстезій, боли, чувства похолоданія или вздуванія (отсюда и названіе) — послѣднее впрочемъ не такъ часто наблюдается,—„колесико кружится въ желудкѣ"; затѣмъ могутъ быть настоящія галлюцинаціи, особенно зрительныя, очень часто также вкусовыя. Видѣнія часто имѣютъ тенденцію надвигаться на больного и все увеличиваться; въ тотъ моментъ, когда они прикасаются къ его груди, сознаніе исчезаетъ. Въ „рефлекторной эпилепсіи" (болѣе рѣдкой), когда припадки вызываются раздраженіемъ рубца или другого болѣзненнаго мѣста, аура можетъ начаться въ видѣ ощущеній въ соотвѣтствующей части тѣла. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больной иногда галлюцинируетъ сложныя сцены. Психическая аура можетъ состоять во внезапномъ измѣненіи настроенія, или въ субъективно ощущаемомъ разстройствѣ мышленія. Наряду съ этимъ наблюдается и двигательная аура, состоящая во всевозможныхъ, большею частью, ограниченныхъ клоническихъ и тоническихъ судорогахъ, молніеносныхъ подергиваніяхъ или сложныхъ автоматическихъ движеніяхъ, вродѣ безцѣльнаго бѣга (aura cursoria); рѣдко дѣло доходитъ до сложныхъ дѣйствій въ родѣ раздѣванія и т. п.

Такъ какъ мышцы выдыхательныя и закрывающія голосовую щель сильнѣе своихъ антагонистовъ, при наступленіи общихъ судорогъ воздухъ, большею частью, выжимается сквозь закрытую голосовую щель, вслѣдствіе чего получается характерный крикъ (рѣже наблюдается дикій крикъ ужаса, относящійся къ психической аурѣ или къ aura cursatoria). Большею частью одновременно съ крикомъ больной падаетъ, какъ бревно, не считаясь съ опасностью паденія. Напряженію мускулатуры въ нѣкоторыхъ случаяхъ какъ будто предшествуетъ разслабленіе ея. Совершенно неподвижное одеревенѣніе, можно сказать, никогда не наступаетъ; какая нибудь одна сильнѣе сократившаяся группа мышцъ беретъ верхъ надъ антагонистами и производитъ, такимъ образомъ, медленное движеніе; особено часто беретъ верхъ сначала одна сторона, потомъ другая. Въ тоническомъ состояніи появляется конечно livor, доходящій въ тяжелыхъ припадкахъ до страшнаго почернѣнія; черезъ полминуты примѣрно можно увидѣть толчки въ отдѣльныхъ мышцахъ, они быстро распространяются и переходятъ въ дикія энергичныя движенія

[1]) Родные часто разсказываютъ о болѣе продолжительныхъ припадкахъ. Это объясняется прежде всего тѣмъ, что страшная сцена кажется очень долгой. Затѣмъ при этомъ играетъ роль смѣшеніе обѣихъ фазъ со стадіей послѣдовательнаго ступора и со status epilepticus.

всѣхъ частей тѣла. Черезъ нѣкоторое время начинаетъ сквозь хаосъ движеній пробиваться извѣстная координаторная цѣлесообразность, а именно въ смыслѣ обороны. Во всякомъ случаѣ движенія постепенно слабѣютъ, уступаютъ мѣсто полному покою; большею частью, за этимъ слѣдуетъ еще нѣсколько постепенно слабѣющихъ толчковъ. Координація и въ извѣстной степени сила движеній возвращаются лишь постепенно, въ теченіе нѣсколькихъ минутъ, а то и дольше. Лишь въ исключительныхъ случаяхъ сознаніе возвращается сразу или сейчасъ же по прекращеніи двигательнаго припадка; большею частью, больной собирается съ мыслями постепенно, причемъ степень ясности очень колеблется; оріентировка, по началу невѣроятная, проясняется сначала въ отдѣльныхъ вещахъ, затѣмъ при окликѣ, а потомъ и цѣликомъ. Больной просыпается не изъ небытья, а какъ бы со сна. Иногда остаются на нѣкоторое время парэстезіи, рѣже парезы.

Въ болѣе сильныхъ припадкахъ, благодаря движеніямъ языка и усиленному дыханію черезъ ротъ, слюна сбивается въ пѣну, часто окрашенную кровью, такъ какъ языкъ попадаетъ между зубовъ. Если удается изслѣдовать зрачки во время припадка, можно обнаружить въ самомъ началѣ суженіе, а въ дальнѣйшемъ рѣзко выраженный mydriasis и неподвижность, которая съ разной скоростью уступаетъ мѣсто нормальной реакціи. Отдѣльные больные мочатся подъ себя; непроизвольное испражненіе наступаетъ очень рѣдко. На внѣшнія раздраженія больные не реагируютъ вовсе, какъ во время припадка, такъ и большею частью, еще въ началѣ той стадіи, когда движенія и мимика заставляютъ думать о сноподобномъ состояніи; рефлексы тоже долго отсутствуютъ, часто имѣется Бабинскій. Если эпилептическое состояніе неяснаго сознанія вмѣсто нѣсколькихъ мгновеній тянется часы и дни, или если больной совершаетъ при этомъ странные поступки, мы считаемъ это самостоятельнымъ послѣэпилептическимъ сумеречнымъ состояніемъ. Послѣ стадіи омраченія сознанія, а иногда и непосредственно вслѣдъ за припадкомъ, наступаетъ, большею частью, ступоръ или даже кома, иногда и flexibilitas cerea. Проснувшись, больной рѣдко когда чувствуетъ себя вполнѣ хорошо; большею частью, онъ чувствуетъ себя нервно потрепаннымъ; съ другой стороны, также какъ бы „побитымъ", даже если онъ и не расшибся; пульсъ часто часами колеблется. Бабинскій можетъ остаться и въ теченіе всею слѣдующаго дня.

У одного и того же больного отдѣльные припадки часто фотографически точно повторяются. Больные падаютъ одной и той же частью тѣла; аура обычно одна и та же; въ послѣэпилептическомъ сумеречномъ состояніи повторяются однѣ и тѣ же галлюцинаціи, дѣлаются одинаковыя движенія въ одинаковомъ порядкѣ.

Припадки могутъ стать абортивными самымъ различнымъ образомъ; особенно съ усиленіемъ слабоумія все обычно слабѣетъ. Затѣмъ тоническая и клоническая стадіи могутъ свестись къ одному намеку; движенія могутъ съ самаго начала имѣть характеръ дѣйствія, хотя бы и безпорядочнаго. Простые обмороки тоже могутъ быть абортивными эпилептическими припадками. Если сознаніе теряется лишь на нѣсколько секундъ, и больной при этомъ не падаетъ (это

сопровождается, большею частью, поблѣднѣніемъ, рѣже покраснѣніемъ, неподвижнымъ взглядомъ, иногда небольшими движеніями губъ и языка), тогда это называется absence или petit mal (въ противоположность grand mal — вполнѣ выраженному припадку). Помимо этихъ болѣе частыхъ „припадковъ“ наблюдаются еще многіе другіе малые симптомы, имѣющіе такое же значеніе; трудно ихъ всѣ перечесть. Иногда болѣзнь выражается въ скоропреходящихъ приступахъ головокруженія. Рѣдко когда въ этихъ малыхъ припадкахъ отсутствуетъ внезапное, безъ предвѣстниковъ наступающее, разстройство сознанія, частью въ формѣ (кажущагося?) отсутствія сознанія, частью въ формѣ сумеречнаго мышленія, или назойливаго приставанія одной какой либо мысли и т. д. Одинъ больной можетъ внезапно встать во время ѣды и начать онанировать; другой мочится въ билетную кассу. О чистыхъ галлюцинаторныхъ состояніяхъ мы узнаемъ лишь въ томъ случаѣ, если амнезія отсутствуетъ; у больного внезапно исчезаетъ вся окружающая обстановка, вмѣсто этого онъ видитъ быстро двигающихся кошекъ.

Типичные припадки могутъ иногда такъ быстро слѣдовать другъ за другомъ, что больные не успѣваютъ въ промежуткѣ оправиться: status epilepticus. Въ болѣе тяжелыхъ припадкахъ этого рода температура можетъ достигать необыкновенной высоты (43°), и больные умираютъ въ комѣ или отъ аспираціонной пнеймоніи.

Психическія разстройства. Эпилептики обычно бываютъ психопатами еще до того, какъ болѣзнь налагаетъ на нихъ своеобразную печать. Значительную долю ихъ, особенно въ случаяхъ съ раннимъ началомъ, составляютъ непосредственно мозговые больные и имбециллики. Однако эпилепсіи свойственны специфическія особенности со стороны психики, и съ развитіемъ болѣзни онѣ обычно усиливаются. Глядя по степени развитія болѣзни, мы говоримъ объ эпилептическомъ характерѣ, эпилептической психопатической конституціи[1]), или — въ тяжелыхъ случаяхъ — объ эпилептическомъ слабоуміи.

Наиболѣе бросаются въ глаза неправильности въ аффективной сферѣ: она реагируетъ болѣзненно сильно и вмѣстѣ съ тѣмъ представляетъ ту особенность, что имѣющійся аффектъ долго продолжается и не поддается отвлеченію путемъ новыхъ впечатлѣній; не только раздражительность проявляется такимъ образомъ, всѣ другіе аффекты, напр. расположеніе, радость протекаютъ точно такъ же. Настроеніе больныхъ обычно очень опредѣленно выражено (относительно колебаній настроенія приступами см. ниже), и все несущественное также сильно оттѣняется аффективно, какъ и существенное. Невѣрно, будто нѣкоторыя чувства, напр. моральное, атрофируются. Зато мы часто видимъ несоразмѣрно сильную аффективную окраску понятій, относящихся къ „справедливости“. Собственное Я пользуется особымъ вниманіемъ. Однако эгоцентрическое направленіе мыслей имѣетъ, кромѣ аффективнаго корня, также еще ассоціативный корень.

[1]) Нѣкоторые чистые психопаты имѣютъ такой же аффективный habitus, какъ и эпилептики; мы это тоже называемъ „эпилептическимъ характеромъ“, особенно если больной происходитъ изъ семьи, гдѣ имѣются опредѣленные эпилептики.

Всѣ психическія функціи, особенно рѣзко мышленіе, сильно замедлены, неповоротливы; если принять ходъ рѣчи за масштабъ, то можно сказать, что онѣ совершаются нерѣшительно, толчками. Особенности мышленія въ смыслѣ содержанія яснѣе всего выступаютъ въ экспериментальныхъ ассоціаціяхъ: медленность, убогость мыслей, наклонность къ повтореніямъ въ формѣ и въ содержаніи, къ опредѣленіямъ, неумѣніе реагировать однимъ словомъ, частота эгоцентрическихъ толкованій, аффективное удареніе на предлагаемыхъ представленіяхъ и выборъ словъ съ аффективнымъ значеніемъ для реакціи, при этомъ особенное предпочтеніе къ словамъ, заключающимъ въ себѣ аффективную оцѣнку (хорошій, прекрасный, плохой, отвратительный), неумѣніе найти нужное выраженіе съ наклонностью къ неуклюжимъ выраженіямъ собственнаго изобрѣтенія.

(Примѣры см. въ общей части, въ главѣ о разстройствѣ ассоціацій).

Не только обороты рѣчи, но и все эпилептическое мышленіе имѣютъ въ себѣ нѣчто неясное, неопредѣленное; границы понятій и идей расплываются, вмѣсто частичныхъ понятій фигурируютъ общія. Больной путаетъ два различныхъ ареста. Добродѣтель въ видѣ бережливости больной обозначаетъ словами: „когда такъ хорошо поступаютъ". Бѣлка „это теперь заяцъ или кошка или лисица". Даже въ математикѣ 16+16 „это приблизительно отъ 32 до 34".

Въ рѣчи и письмѣ мы видимъ тѣ же особености: рѣчь ни съ мѣста не двигается, не только вслѣдствіе медленности, но главнымъ образомъ вслѣдствіе обстоятельности, расписыванія всѣхъ мелочей: повтореніе и многократное выраженіе одной и той же мысли въ различной формѣ. При этомъ обороты рѣчи витіеваты, безпомощны и всегда неясны. Въ смыслѣ содержанія больной застряваетъ на несложныхъ относящихся къ настоящему вещахъ. Идеи ограничиваются тѣмъ, что непосредственно близко задѣваетъ больного: его личность съ его болѣзнью, затѣмъ членовъ его семьи, его одежду и цѣлую кучу всякихъ мелкихъ вещицъ, которыя больные, если имъ только позволить, охотно съ собой повсюду носятъ, причемъ все это, большею частью, тщательно завернуто во множество бумажекъ и лоскутковъ, каждый свертокъ обвязанъ отдѣльной веревочкой, затѣмъ фотографіи, письма, предметы украшенія, не имѣющіе никакой цѣны и т. п. Больные въ высшей степени эгоцентричны въ аффективномъ смыслѣ, а слѣдовательно въ ассоціативномъ. Сознаніе отсталости своей, потребность опереться, выставить на передній планъ благополучіе своей собственной личности, придать неопредѣленнымъ понятіямъ готовые патетическіе обороты и интенсивныя чувства — все это легко сообщаетъ больнымъ, особенно при набожной средѣ, характеръ взвинченной религіозности и всѣ ихъ радости и горести укладываетъ въ соотвѣтственныя формулы („божественная номенклатура"). Даже и менѣе развитымъ больнымъ это удается съ тѣмъ большей легкостью, что понятія и мысли у нихъ расплывчаты, такъ что они довольствуются общими фразами, съ которыми у нихъ связано содержаніе скорѣе аффективное, нежели умственное. Эгоцентричность выражается между прочимъ и въ томъ, что они не умѣютъ оцѣнивать интересовъ другихъ людей; что имъ причи-

няетъ горе или радость, то и для другихъ, по ихъ мнѣнію, столь же важно. Особенно характерна для нихъ манера, съ важной миной отзывать врача въ сторону и таинственно сообщать ему какой нибудь пустякъ или то, что всѣ давно знаютъ.

Нижеслѣдующій разговоръ характеризуетъ персеверацію и невозможность перевести рѣчь на другую тему:

„Какъ васъ зовутъ?“ — „Марта Глокнеръ“ — „Сколько вамъ лѣтъ?“ — „Марта Глокнеръ“. — „Гдѣ мы находимся?“ — „Марта Глокнеръ“. — „Сколько вамъ лѣтъ? — „22 года“ — „Гдѣ мы находимся?“ „22 года“ — „Чѣмъ вы занимаетесь?“ — „22 года“ — „Кто я такой?“ — „Двоюродный братъ Георгъ“ — „Кто этотъ господинъ“ — „Двоюродный братъ Георгъ“.[1])

Обстоятельность и наклонность къ тавтологіи выражены въ слѣдующемъ письмѣ:

„Милый Вы господинъ директоръ, шлю вамъ сердечный привѣтъ и желаю Вамъ отъ всего сердца добраго здоровья и Божьяго благословенія, свидѣтельствую Вамъ свое почтеніе и благодарю Васъ отъ всего сердца и желаю всего этого и господину директору и господину пастору и желаю всего этого и всѣмъ Вашимъ роднымъ и прошу Васъ отъ всего сердца, чтобы Вы послали въ Rüti письмо, моторое я Вамъ далъ на той недѣлѣ и родителямъ въ Rüti я тоже шлю поклонъ отъ всего сердца, я также свидѣтельствую имъ свое почтеніе и благодарю ихъ отъ всего сердца и желаю имъ также отъ всего сердца добраго здоровья и Божьяго благословенія и здоровому и больному, я очень тоскую по дому, по набожности его и проповѣди и урокамъ Библіи и всѣ молитвенники были во мнѣ внутри ....“

Короткій примѣръ надоѣдливой слащавости приводитъ Ulrich[2]):

„Я милая дѣва госпожа X X изъ X X, общины X, кантона X, Швейцарія“. Она желала бы, чтобы врачи ей ежедневно говорили, что она милая очаровательная барышня X X; она всѣмъ пожимала очень долго и крѣпко руку, какъ лѣвую, такъ и правую. Она всѣмъ всегда желала милаго хорошаго воскресенія, милыхъ хорошихъ будней, хорошей спокойной ночи; когда ей желали того же, она отвѣчала вполнѣ удовлетворенная: „вотъ такъ хорошо“.

Такимъ образомъ, поведеніе эпилептика внѣшне порядочнсе, однако оно быстро утомляетъ окружающихъ, благодаря обстоятельности, приставанію и копанію въ мелочахъ. Тѣмъ не менѣе съ ними легко устанавливается хорошій и не непріятный контактъ; гдѣ не удается поладить со среднимъ эпилептикомъ, тамъ въ обращеніи что ни будь неправильно. Они надоѣдливы въ изъявленіяхъ любви и злопамятны въ аффектѣ обиды; поданную руку они долго не выпускаютъ; если забыть съ ними поздороваться, настроеніе на нѣсколько дней омрачится. Пока есть малѣйшая возможность, они всегда чѣмъ нибудь занимаются, хотя толкъ изъ этого выходитъ небольшой; болѣе слабоумные часто бываютъ на отдѣленіи непріятны именно своей безтолковой услужливостью; на войнѣ это усердіе сказывается въ томъ, что они „рвутся въ бой“, они забываютъ про свою болѣзнь и все стремятся на фронтъ. Очень велико ихъ непостоянство, когда они представлены самимъ себѣ. Они все принимаютъ очень близко къ сердцу, а кромѣ того изъ-за колебаній настроенія они нигдѣ не могутъ осѣсть; многіе оказываются выброшенными на улицу. —Настроеніе даннаго момента опредѣляетъ также ихъ отношенія къ болѣзни; то она очень серьезная, а то она стала лучше или даже вовсе прошла. Однако, постоянно они носятся съ своей болѣзнью, своими многочисленными мелкими недугами; все это необыкновенно

---

[1]) Wernicke. Основы психіатріи. Thieme Leipzig, 1900, стр. 510.

[2]) 29-ый отчетъ швейцарскихъ учрежденій для эпилептиковъ, Zürich, за 1914 годъ, стр. 42.

важно, обо всемъ этомъ они безъ конца говорятъ, чтобы возбудить сочувствіе или чтобы похвастать, какъ имъ хорошо. Въ общемъ преобладаетъ „эпилептическій оптимизмъ“ (Rieger); даже болѣе толковые больные, несмотря на всѣ несчастія и предостереженія, недостаточно считаются со своей болѣзнью, попадаютъ въ опасныя положенія или берутъ на себя дѣла и обязанности которыхъ они никоимъ образомъ не могутъ выполнить.

Вниманіе эпилептиковъ, соотвѣтственно состоянію ихъ аффективной сферы, отличается недостаточной живостью (отвлекаемость), но достаточнымъ упорствомъ; при этомъ оно отличается еще большой неравномѣрностью.

Память все больше ухудшается, но безъ опредѣленной системы: старое и новое одинаково забывается. Кромѣ того память становится неясной; переживанія невѣрно связываются; часто появляются настоящія иллюзіи памяти (амнезіи относятся къ припадкамъ).

Оріентировка хороша за исключеніемъ случаевъ очень глубокаго слабоумія, до котораго только немногіе доходятъ (мы не говоримъ здѣсь о сумеречныхъ состояніяхъ).

Воспріятія нѣсколько расплывчаты: эпилептики, подобно органикамъ, требуютъ для этого больше времени, нежели здоровые, и легче ошибаются. Мѣшаетъ имъ также продолжающееся дѣйствіе прежнихъ впечатлѣній (персеверація). Картинку, напр. больной узнаетъ, неправильно, а имѣнно въ смыслѣ прежняго зрительнаго впечатлѣнія. Неясность воспріятія не обусловливается однако недостаточной функціей периферическаго органа чувствъ: по крайней мѣрѣ, больные во всѣхъ мелкихъ вещицахъ, которыя они постоянно собираютъ, отлично разбираются и могутъ, напр., воспринять различіе между двумя похожими линіями иногда лучше здоровыхъ. Усвоить сложныя соотношенія, услѣдить за быстрымъ оборотомъ рѣчи больные часто не могутъ. Иногда наблюдается большое различіе въ усвоеніи отдѣльныхъ словъ или цѣлыхъ предложеній.

Рѣчь эпилептиковъ часто до того характерна, что по ней можно ставить діагнозъ: она медленна, нерѣшительна, слога часто повторяются, и рѣчь туго подвигается впередъ[1]. Рѣчь пріобрѣтаетъ пѣвучій характеръ, благодаря медленности, благодаря тому, что отдѣльныя гласныя произносятся то выше, то ниже, и благодаря тому, что (въ нѣмецкомъ языкѣ) второстепенные слоги имѣютъ то же значеніе, что и главные. При этомъ модуляціи тона тяжеловѣсны, рѣдки, безъ тонкихъ нюансовъ, такъ что рѣчь производитъ впечатлѣніе монотонной. Степень этого разстройства рѣчи у одного и того же больного подвержена сильнымъ колебаніямъ; она особенно рѣзко выступаетъ, когда близокъ припадокъ, или во время сумеречнаго состоянія.

Хроническія галлюцинаціи почти никогда не наблюдаются при эпилепсіи. Затѣмъ подъ вліяніемъ аффектовъ образуются легко бредовыя идеи, особенно идеи несправедливаго обращенія. Обычно онѣ забываются или корригируются не позже очеред-

[1] При этомъ въ отличіе отъ заиканія здѣсь нѣтъ судорожныхъ явленій со стороны мускулатуры рѣчи.

ного измѣненія настроенія въ противоположную сторону, но могутъ въ видѣ исключенія остаться на болѣе долгій срокъ (напр. бредовыя идеи, возникшія въ сумеречномъ состояніи). Пока существуетъ такой остаточный бредъ, картина болѣзни получаетъ видъ комбинаціи эпилепсіи съ параноей.

Наряду съ симптомами длительной эпилептической дегенераціи, мы обычно наблюдаемъ въ области психики преходящія явленія, эквивалентныя—по крайней мѣрѣ отчасти—припадку. Въ такіе моменты постоянные симптомы бываютъ особенно сильно выражены.

Сюда относятся прежде всего сумеречныя состоянія, которыя бываютъ чаще всего послѣ припадка, но могутъ быть и до и взамѣнъ припадка („эквиваленты"). Начало обычно быстрое, иногда совершенно внезапное и исчезаютъ они въ теченіе нѣсколькихъ минутъ или часовъ, послѣ того какъ тянулись нѣсколько часовъ или дней. Самая частая форма это галлюцинаторная. Преимущественно бываютъ зрительныя галлюцинаціи и иллюзіи, но могутъ быть и въ области другихъ чувствъ; больные могутъ галлюцинировать другую обстановку или другое воздѣйствіе внѣшней среды и соотвѣтственно этому реагировать. Среди галлюцинацій поразительно часто наблюдаются красныя (въ видѣ огня или крови). Содержаніе въ общемъ походитъ на наши сны. Часть деліріевъ аффективно безразлична. Часто деліріи имѣютъ устрашающій или гнѣвный аффектъ, ведущій къ дикимъ актамъ насилія противъ себя и окружающихъ; сексуальное возбужденіе подаетъ поводъ къ сладострастному убійству или къ частому эксгибиціонизму. Наряду съ устрашающими видѣніями ада и діавола встрѣчаются—много рѣже—экстазы и блаженныя эротико-религіозныя галлюцинаціи всѣхъ чувствъ. Ясно выраженныя сумеречныя состоянія съ трудомъ поддаются воздѣйствію; однако иногда удается вступить въ сношенія съ больнымъ; все же, большею частью, отвѣты получаются въ небольшомъ числѣ и недостаточно толковые. Мышленіе поражается очень сильно; простыхъ отвѣтовъ можно добиться легче, чѣмъ сложныхъ; больной иногда можетъ еще сосчитать 7+18, но уже не скажетъ, сколько будетъ 7×18, т. к. онъ не въ состояніи сложить 56 и 70. Ассоціаціи сбиваются на второстепенные пути, какъ въ снахъ, однако въ остальномъ неповоротливое, на всемъ застрявающее мышленіе эпилептика—несмотря на всю неточность въ словахъ и понятіяхъ—сильно отличается отъ мышленія, свойственнаго снамъ и шизофреніи. Звукоподражательныя ассоціаціи—но не настоящее ускореніе теченія идей—наблюдаются у нѣкоторыхъ больныхъ.

Въ болѣе легкихъ приступахъ галлюцинаціи отступаютъ на задній планъ, на первомъ же мѣстѣ стоитъ неясное мышленіе. Нерѣдко больной оказывается вдругъ на такой улицѣ, куда онъ вовсе не думалъ итти. Приступы страха часто представляютъ собой эпилептическіе эквиваленты.

Совсѣмъ другой внѣшній видъ имѣютъ сознательныя сумеречныя состоянія, когда больные производятъ со стороны впечатлѣніе сознательныхъ, на самомъ же дѣлѣ кругъ ассоціацій сильно суженъ, и дѣйствуютъ они, какъ во снѣ. Однако я вмѣстѣ

съ Heilbronner'омъ склоненъ считать большинство этихъ явленій истерическими, даже если они, какъ это нерѣдко бываетъ, наблюдаются у эпилептиковъ.

Если сознаніе не очень затуманено, могутъ быть приступы псевдогаллюцинацій (особенно зрительныхъ); напр. фигуры, протягивающія длинныя руки къ больному, животное, діаволъ или (въ случаѣ пріятнаго настроенія) ангелъ, красивыя женщины.

Сумеречное состояніе можетъ проявиться и въ видѣ ступора различной степени; въ картинѣ болѣзни могутъ преобладать также постоянныя отождествляющія ложныя воспоминанія.

Снохожденіе тоже можетъ быть эпилептическимъ симптомомъ.

Особенно важны измѣненія настроенія (нѣтъ эпилептика, у котораго они не наблюдались бы; однако они бываютъ также у психопатовъ и при dementia praecox): эйфорическое блаженное состояніе, часто съ мыслью, что эпилепсія, наконецъ, прошла совсѣмъ, но безъ ускоренія теченія идей; депрессивное со страхомъ и безъ него, очень похожее на меланхолическое; при этомъ сравнительно рѣдко наблюдается стремленіе къ самоубійству, но зато часто мысль о неизлѣчимости; наконецъ, наиболѣе извѣстное раздраженное состояніе: съ одной стороны, все, что бы ни случилось, раздражаетъ больного; съ другой стороны, онъ очень требователенъ и придирчивъ, такъ что конфликты неизбѣжны. Измѣненіе настроенія можетъ наступить внезапно и внезапно же закончиться (припадкомъ, въ такомъ случаѣ оно было его предвѣстникомъ), или же оно подкрадывается постепенно и тянется часы, дни и даже дольше (послѣднее рѣдко).

Часто бываютъ однѣ парэстезіи, особенно головная боль, боли въ разныхъ мѣстахъ, всевозможныя нервныя явленія, имѣющія опредѣленный пароксизмальный характеръ, затѣмъ непріятное ощущеніе въ желудкѣ, внезапно появляющееся и исчезающее, приступы похотливости съ импульсивной мастурбаціей и сексуальной аггрессивностью, затѣмъ подергиванія и другія судорожныя явленія. Сюда же причисляютъ неравномѣрный толчкообразный tremor, который обнаруживается при графическомъ регистрированіи у эпилептиковъ.

Всѣ эти синдромы могутъ появляться изолированно или въ любыхъ комбинаціяхъ; затѣмъ они подобно припадкамъ повторяются въ одномъ и томъ же или похожемъ видѣ.

И въ соматической сферѣ мы видимъ уклоненія, свойственныя эпилепсіи. Цѣлый рядъ врожденныхъ неправильностей въ развитіи свидѣтельствуетъ о „дегенераціи“ или о болѣзни мозга.

Въ крови мы находимъ цитологическія и особенно химическія особенности, однако онѣ очень колеблются, въ зависимости отъ случая, и даже у одного и того же больного, такъ что ничего опредѣленнаго пока еще сказать нельзя. Весь обмѣнъ веществъ и химизмъ мочи неправильны, но опять таки опредѣленныхъ данныхъ еще нельзя указать. Вѣрно, повидимому, лишь то, что послѣ припадка выдѣляются ядовитыя вещества. На чемъ основана повышенная возбудимость по отношенію къ алкоголю, мы не знаемъ; однако ее можно связать съ тѣмъ, что алкоголь не переносится послѣ поврежденій мозга.

Движенія, подобно остальнымъ нервнымъ процессамъ, часто медленны, безпомощны, даже частью неувѣренны. Физическая сила однако поразительно долго сохраняется въ хорошемъ или даже въ очень хорошемъ состояніи.

Теченіе болѣзни въ общемъ прогрессивное, по крайней мѣрѣ, поскольку это относится къ психическому состоянію. Припадки необязательно усиливаются, они часто со временемъ могутъ стать болѣе легкими или рудиментарными. Непосредственной связи между количествомъ припадковъ и слабоуміемъ не существуетъ. Глубокое слабоуміе можетъ наступить и при одномъ petit mal. Отдѣльные случаи остаются стаціонарными, другіе выздоравливаютъ, особенно при надлежащемъ лѣченіи. Не такъ рѣдки паузы на годы и даже десятилѣтія; особенно извѣстны случаи, гдѣ припадки появились въ раннемъ дѣтствѣ, затѣмъ наступило какъ будто выздоровленіе, а потомъ въ періодѣ полового созрѣванія болѣзнь возобновилась. Изъ болѣе легкихъ больныхъ нѣкоторые выздоравливаютъ окончательно, у другихъ проходятъ лишь припадки, а эпилептическій характеръ остается, даже становится еще рѣзче вмѣстѣ со слабоуміемъ. Попадаются эпилептики, у которыхъ ежегодно бываетъ довольно много припадковъ, и все же они — съ лѣченіемъ или безъ него — не впадаютъ въ слабоуміе, и характеръ у нихъ сравнительно не портится.

Количество припадковъ очень различно. Въ болѣе легкихъ случаяхъ наблюдаются въ теченіе всей жизни лишь одиночные припадки (судорожные припадки и сумеречныя состоянія); у другихъ въ одинъ день по нѣсколько, въ особенно плохіе дни ихъ бываетъ и очень много, въ рѣдкихъ случаяхъ до ста и больше. У многихъ больныхъ, особенно въ началѣ болѣзни, припадки бываютъ преимущественно ночью, такіе больные часто не знаютъ, что у нихъ эпилепсія. У однихъ припадки разбросаны, у другихъ они бываютъ серіями.

Прогностика въ случаяхъ ясно выраженнаго междуприпадочнаго слабоумія, конечно, плохая, хотя и тутъ правильная терапія можетъ дать улучшеніе, хотя бы въ смыслѣ побочныхъ явленій. У извѣстнаго процента больныхъ, особенно изъ числа заболѣвшихъ послѣ наступленія половой зрѣлости, припадки сами собой исчезаютъ, и слабоуміе или вовсе не развивается или достигаетъ небольшой степени[1]. Несомнѣнно, что своевременное вмѣшательство можетъ нѣкоторые случаи значительно улучшить или даже привести къ выздоровленію и спасти отъ распада. Виды на будущее зависятъ, главнымъ образомъ, отъ психическаго состоянія. На порядочное улучшеніе или выздоровленіе можно надѣяться лишь при мало пораженной психикѣ.

Продолжительность жизни сильно сокращается вслѣдствіе эпилепсіи. Многіе погибаютъ отъ несчастныхъ случаевъ во время припадка, другіе умираютъ въ раннемъ маразмѣ, который развивается параллельно слабоумію и атрофіи мозга. Эпилептики съ врожденной болѣзнью мозга проявляютъ, конечно, слабую жизненную силу.

[1] Я отношусь съ большимъ недовѣріемъ къ діагнозу эпилепсіи у Магомета, Сократа или даже у Наполеона.

Анатомическія данныя. Въ тѣхъ случаяхъ нашей группы эпилепсіи, которые дошли до слабоумія, мы находимъ ясно выраженную, хотя и не очень сильную, атрофію мозга съ гибелью невроновъ въ различной формѣ; характерно увеличеніе числа волоконъ гліи, которыя въ отличіе отъ прогр. паралича остаются въ общемъ тонкими, часто собираются внутри мозга въ видѣ метелочекъ, и особенно на поверхности собираются толстымъ войлокомъ изъ горизонтальныхъ волоконъ, мало проникающихъ въ болѣе глубокіе слои. Клѣтки гліи претерпѣваютъ разныя измѣненія, разрастаются и содержатъ продукты распада. Въ какомъ соотношеніи эти данныя находятся съ болѣзнью, мы совершенно не знаемъ, равно какъ не знаемъ значенія столь частаго склероза одного или обоихъ аммоніевыхъ роговъ съ перерожденіемъ нервныхъ клѣтокъ и гипертрофіей гліи. — Отмѣтимъ, что въ верхнихъ слояхъ коры находятъ клѣтки Cajal'а (эмбріональныя).

При status epilepticus мы находимъ повышеніе давленія въ полости черепа, обусловленное отчасти отекомъ мозга и особенно оболочекъ, отчасти набуханіемъ мозга.

Причины. Въ основѣ эпилепсіи лежитъ врожденная конституція. Связь съ больнымъ родомъ выражается въ наслѣдственномъ отягощеніи душевными болѣзнями, психопатіи, семейныхъ нервныхъ дегенераціяхъ, а главное въ самой эпилепсіи. Можно допустить, что въ такихъ семьяхъ „эпилептическій характеръ" представляетъ лишь болѣе легкую форму болѣзни. Кромѣ того, въ ученіи о наслѣдственности до сихъ поръ не проводится разграниченіе различныхъ видовъ эпилепсій. Важную роль играетъ алкоголизмъ производителей и, вѣроятно, именно въ качествѣ причины, а не просто, какъ выраженіе болѣзненнаго семейнаго склада[1]). По новѣйшимъ даннымъ, эпилепсія стоитъ какъ будто въ связи съ семейнымъ предрасположеніемъ къ появленію лѣвшей, и не только по одному тому, что лѣвосторонніе мозговые очаги предрасполагаютъ одновременно и къ появленію лѣвшей и къ эпилепсіи. Многіе случаи ранней эпилепсіи основаны на наслѣдственномъ сифилисѣ, что доказывается Вассермановской реакціей. Въ индивидуальной жизни эпилепсія пріобрѣтается путемъ всевозможныхъ заболѣваній мозга отъ внутриутробной порэнцефаліи, инфекціонныхъ энцефалитовъ и травмъ до артеріосклероза (хотя послѣдній наблюдается сравнительно рѣдко), а также путемъ отравленій, особенно алкоголемъ и свинцомъ. Необходимо ли при этомъ наличіе особаго „эпилептическаго" предрасположенія, мы не знаемъ. Если мозговой очагъ уже имѣется, кокаинъ можетъ вызвать эпилептическій припадокъ, который потомъ можетъ повторяться (Cave! Однако, по мнѣнію Ulrich'а, можно примѣнять для мѣстной анэстезіи новокаинъ).

Причины каждаго отдѣльнаго припадка, большею частью, внутренняго свойства; все же психическія вліянія могутъ задержать припадокъ (праздникъ, суггестивно вліяющее средство[2])) и

[1]) Stuchlick. О наслѣдственномъ взаимоотношеніи между алкоголизмомъ и эпилепсіей. Дисс. Цюрихъ 1914 и Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. Basel 1914.

[2]) По Hauptmann'у на войнѣ т. е. въ болѣе легкихъ случаяхъ — во время тревоги и атаки припадки не наблюдаются (отличіе отъ истерическихъ припадковъ).

вызвать его. Обычно, однако, раздраженіе, которое больной считаетъ причиной своего припадка, въ сущности представляетъ не причину, а предвѣстникъ. Больной, благодаря перемѣнѣ настроенія, ставитъ невыполнимыя требованія, держится вызывающе и поэтому раздражается. — Отдѣльные припадки вызываются всякаго рода излишествами, а также алкоголемъ въ сравнительно небольшихъ дозахъ. — Пресловутыя фазы луны не имѣютъ никакого вліянія; зато перемѣны погоды могутъ, повидимому, вызвать небольшія колебанія въ частотѣ припадковъ.

Формы, предѣлы. Анатомическихъ данныхъ еще слишкомъ мало, чтобы точно отграничить вышеописанную болѣзнь отъ другихъ болѣзней, сопровождающихся эпилептическими припадками Особенно возникаетъ вопросъ, можно ли отожествлять неумолимо прогрессирующія формы со всѣми „излѣчимыми“ случаями, съ тѣми, которые даютъ мало замѣтное слабоуміе, или вообще съ очень легкими. Такъ какъ наблюдаются всевозможные переходы, отъ самыхъ благопріятныхъ до самыхъ плохихъ формъ, то возможно — но не навѣрное — что всѣ или нѣкоторые излѣчимые и стаціонарные (на видъ) случаи представляютъ лишь болѣе легкія формы той же болѣзни. Случаи, дающіе совсѣмъ другіе симптомы (болѣе острая гибель нервнаго вещества), нужно выдѣлить конечно eo ipso.

Рефлекторныя эпилепсіи еще не удается причислить къ какой либо опредѣленной группѣ.

Jackson'овская эпилепсія не является эпилепсіей въ нашемъ смыслѣ; однако она часто переходитъ въ нее, такъ какъ припадки пріобрѣтаютъ эпилептическій характеръ, и психическія явленія тоже получаютъ эпилептическій оттѣнокъ.

Эпилептическіе припадки при артеріосклерозѣ и пресбіофреніи представляютъ лишь частные симптомы главной болѣзни, хотя въ одномъ случаѣ артеріосклероза я нашелъ эпилептическій гліозъ.

Эпилептиформные припадки шизофреніи точно также относятся къ основной болѣзни. Бросается въ глаза однако, что есть немало больныхъ, у которыхъ какъ будто смѣшаны шизофреническіе и эпилептическіе симптомы. Мы еще не знаемъ, какъ это надо понимать.

Kraepelin различаетъ еще остаточную (резидуальную) эпилепсію, повторяющіеся эпилептическіе припадки безъ прогрессирующаго теченія, при мозговыхъ рубцахъ и тому подобныхъ разстройствахъ.

Эклампсія дѣтей часто походитъ на эпилептическіе припадки, однако тоническое состояніе выражено сильнѣе, клоническое много слабѣе. Такъ какъ большинство этихъ дѣтей не становится эпилептиками, мы не знаемъ, находятся ли эти болѣзни въ связи и въ какой именно.

О запоѣ и алкогольной эпилепсіи см. въ главѣ объ алкоголизмѣ. Большинство запойныхъ не особенно, повидимому, подвержены слабоумію, даже если имѣютъ эпилептическій habitus.

Основываясь на двухъ ясныхъ случаяхъ, Kraepelin пытается причислить сюда и амокъ малайцевъ: больные внезапно пускаются по улицамъ съ кинжаломъ, убивая первыхъ встрѣчныхъ людей, пока сами не свалятся или — что

бываетъ чаще — пока ихъ не подстрѣлятъ или какъ нибудь иначе не обезвредятъ. Однако, мнѣ думается, что однообразное повторенiе одного и того же психическаго синдрома у разныхъ больныхъ все же свидѣтельствуетъ о существенномъ воздѣйствiи психогеннаго фактора.

Болѣзнь Friedmann'a (которой авторъ хотѣлъ бы дать уже использованное названiе нарколепсiи) состоитъ въ очень частомъ повторенiи психическаго оцѣпенѣнiя или спутанности безъ потери сознанiя съ закатыванiемъ глазъ кверху; наблюдается это у дѣтей и съ годами проходитъ. Kraepelin причисляетъ эту болѣзнь къ истерiи Во всякомъ случаѣ, ея нельзя отнести къ генуинной эпилепсiи, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые авторы.

Нѣкоторые авторы готовы причислить къ эпилепсiи и мигрень. Однако, она представляетъ синдромъ, который можно наблюдать при самыхъ разнообразныхъ органическихъ и функцiональныхъ заболѣванiяхъ нервной системы.

Болѣе важное значенiе имѣютъ аффективныя (Bratz) или реактивныя (Bonhoeffer) эпилепсiи; это психопатiи съ рѣзкой аффективностью, въ которыхъ душевныя воздѣйствiя приводятъ къ эпилептиформнымъ припадкамъ то чаще, то рѣже. Kraepelin наблюдалъ ихъ преимущественно у неустойчивыхъ, склонныхъ къ бродяжничеству и мошенничеству людей и называетъ послѣднихъ эпилептическими плутами Бромъ на аффективную эпилепсiю какъ будто не производитъ такого специфическаго дѣйствiя, какъ на генуинную.

Распространенiе. Эпилепсiя—въ старомъ болѣе широкомъ смыслѣ слова—болѣзнь частая во всѣ вѣка и у всѣхъ расъ. У насъ этой болѣзнью болѣетъ нѣсколько pro mille населенiя. Болѣзнь начинается въ возрастѣ до 10 лѣтъ или между 10 и 20 годами, въ зависимости отъ того, причисляютъ ли сюда дѣтскiя судороги, или нѣтъ. Мужской полъ замѣтно преобладаетъ, особенно въ заболѣванiяхъ зрѣлаго возраста, что, видимо, является слѣдствiемъ алкоголя.

Распознаванiе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные ничего вообше или ничего характернаго не говорятъ о припадкахъ. Ихъ приводятъ къ врачу нервные симптомы, перемѣна характера, колебанiя настроенiя, не понятыя или абортивныя сумеречныя состоянiя; въ этихъ случаяхъ распознаванiе не легко. Часто однако больные приносятъ готовый дiагнозъ или ясный анамнезъ. Хотя по отдѣльному припадку нельзя ставить дiагноза, однако болѣзнь, при которой годами черезъ опредѣленные промежутки повторяются припадки, обычно представляетъ эпилепсiю и если при этомъ не наблюдается ничего особеннаго, то это эпилепсiя генуинная. Психическiе симптомы быстро подтверждаютъ дiагнозъ въ большинствѣ случаевъ. Типическiя absences наблюдаются—за исключенiемъ рѣдкихъ случаевъ опухолей мозга—почти только при эпилепсiи, они поэтому характернѣе, чѣмъ большiе припадки. Для отличiя эпилептическаго возбужденiя, а также дальше зашедшихъ хроническихъ состоянiй отъ другихъ разстройствъ (кромѣ органическихъ) служитъ, большею частью, медленная, нерѣшительная реакцiя: „Больной, который быстро парируетъ мои вопросы, не эпилептикъ.[1]" Анамнезъ часто очень помогаетъ выясненiю дѣла. Онъ подтверждаетъ, что припадки были раньше, или же даетъ указанiя на это: непроизвольное мочеиспусканiе въ постели въ болѣе позднемъ возрастѣ, паденiе изъ постели во снѣ (большею частью не просыпаясь), чувство разбитости по утрамъ, укусы языка неизвѣстнаго происхожденiя; не нужно только думать, что рубцы языка часто встрѣчаются и тяжелыя раны языка часто заживаютъ безслѣдно; чаще рубцы на тѣлѣ отъ поврежденiй

---

[1]) Vogt. Эпилепсiя. Aschaffenburgs Handbuch d. Psychiatrie Deuticke, Wien 1915.

во время припадка. Кромѣ всего этого, нужно принять въ соображеніе и однородную наслѣдственность.

Иногда дифференціальный діагнозъ въ смыслѣ отличія органической душевной или мозговой болѣзни можетъ нѣкоторое время представлять затрудненія, такъ какъ, помимо судорожныхъ припадковъ и absence, психическіе симптомы (ассоціаціи, приступы спутанности) обѣихъ группъ болѣзней могутъ очень походить другъ на друга. Рѣшающую роль играетъ тщательное физическое и психическое изслѣдованіе и обнаруженіе специфическихъ признаковъ той или другой болѣзни.

Отличіе отъ dementia praecox, за исключеніемъ вышеуказанныхъ смѣшанныхъ и переходныхъ формъ, дается обычно легко. Если имѣется сумеречное состояніе, надо особенно обратить вниманіе на медлительную рѣчь, затѣмъ на цѣльное, опредѣленное и естественное аффективное состояніе въ отличіе отъ дѣланнаго и непонятнаго у шизофреника. Плохую отвлекаемость не нужно смѣшивать съ неподвижностью аффектовъ: если я у эйфоричнаго сумеречнаго больного могу забрать всѣ мелочи, которыя онъ съ такой любовью понасобралъ, и при этомъ онъ ни на іоту не мѣняетъ своей аффективной установки, то это отличается отъ поведенія шизофреника тѣмъ, что больной, правда, какъ будто сопротивляется, но въ дѣйствительности онъ и въ интеллектуальномъ смыслѣ не отвлекается. У него поэтому нѣтъ основаній мѣнять аффектъ. И мелкія черты могутъ сами по себѣ часто облегчать или выяснять діагнозъ: если больной на видъ совсѣмъ спутанный, все время движется и при этомъ держитъ въ обѣихъ рукахъ тщательно сложенный носовой платокъ не портя складокъ, то можно почти съ несомнѣнностью сказать, что это эпилептикъ.

Изъ болѣе выдающихся симптомовъ нижеслѣдующіе общи обѣимъ болѣзнямъ: наклонность къ символистикѣ, расплывчатымъ мыслямъ, неологизмамъ. Однако, эти симптомы отличаются оттѣнкомъ. Символистика эпилептика не ведетъ къ фиксированнымъ бредовымъ идеямъ или къ галлюцинаціямъ, какъ у шизофреника. Она скорѣе остается, какъ особенность мышленія. Расплывчатость идей и понятій у шизофреника очень неравномѣрна. Наряду съ самыми нелѣпыми представленіями, попадаются и вполнѣ нормальныя точныя, въ то время какъ слабоумному эпилептику во всемъ одинаково трудно составить себѣ ясное опредѣленіе. Эпилептическіе неологизмы состоятъ, большею частью, изъ плохихъ словообразованій и не представляютъ чего либо новаго: „павшая любовь"—это съ большой долей вѣроятности эпилептическій продуктъ; „путь dossier" (таинственный способъ преслѣдованія) и „анона" (морфій)—это шизофренично.

Отъ смѣшенія эпилептическаго сумеречнаго приступа ярости съ маніакальнымъ стремленіемъ разрушать гарантируетъ между прочимъ отсутствіе отвлекательности и скачка идей (послѣдняя такъ рѣдка въ эпилептическомъ сумеречномъ, состояніи, что съ этимъ нечего считаться; не слѣдуетъ только смѣшивать воедино обстоятельность, при которой больной не отвлекается и не забываетъ своей цѣли, съ ускореннымъ теченіемъ идей, когда цѣль постоянно мѣняется).

От ъ истерических ъ припадки опредѣленно отличаются, особенное значеніе имѣетъ тонически-клоническій типъ, короткая продолжительность этихъ фазъ, прикусываніе языка и другія поврежденія, неподвижность зрачковъ. Непроизвольное мочеиспусканіе и испражненіе врядъ ли когда наблюдаются при истеріи. Клонусъ стопы или Бабинскій послѣ припадка свидѣтельствуетъ объ эпилепсіи (или органическомъ страданіи). По Bosshard'у[1]) при ясно выраженномъ эпилептическомъ припадкѣ можно регулярно обнаруживать лейкоцитозъ, который отличается отъ „лейкоцитоза работы" раннимъ наступленіемъ лимфоцитоза и мононуклеоза. Иногда хорошій, несмотря на тяжелое на видъ состояніе, пульсъ указываетъ на истерію, затѣмъ возможность внѣшняго воздѣйствія на припадокъ, бережное отношеніе къ себѣ и другимъ, несмотря на то, что больной мечется, реагирующіе зрачки—все явленія, очень рѣдкія при эпилептическихъ припадкахъ. Большая зависимость истерическаго припадка отъ внѣшнихъ воздѣйствій и ничтожная зависимость отъ нихъ эпилептическаго —все это само по себѣ иногда достаточно для діагноза, если аккуратно учесть всю совокупность данныхъ. Впрочемъ, не слѣдуетъ забывать, что при эпилепсіи могутъ наблюдаться всѣ истерическіе симптомы.

Тѣ же признаки помогаютъ, когда нужно отличить припадокъ отъ симуляціи. Приступы головокруженія бываютъ также у нервныхъ, артеріосклеротиковъ и вообще при всѣхъ мозговыхъ заболѣваніяхъ, хотя при этомъ они рѣдко бываютъ такъ выражены въ смыслѣ короткой продолжительности и рѣзкой внезапности (absence см. выше).

Иногда бываетъ невозможно сразу отличить эпилептическое сумеречное состояніе отъ патологическаго опьяненія, въ особенности потому, что и при немъ бываютъ эпилептиформные припадки, и кромѣ того алкоголь можетъ вызывать эпилептическіе синдромы.

Между эпилептическимъ сумеречнымъ состояніемъ и возбужденіемъ олигофрениковъ существуетъ масса переходовъ, такъ что иной разъ приходится оставить вопросъ открытымъ, имѣется ли одна олигофренія, или комбинація съ эпилепсіей.

Въ судебныхъ случаяхъ можно—съ согласія больного прибѣгнуть къ слѣдующему средству: больному въ теченіе примѣрно 3 недѣль даютъ бромъ въ среднихъ дозахъ, затѣмъ круто обрываютъ и даютъ очень соленую ѣду или даютъ, помимо пищи, еще minimum 20 гр. поваренной соли въ день. Въ случаяхъ скрытой эпилепсіи можно иногда такимъ путемъ вызвать припадокъ (Ulrich).

Патологія генуинной эпилепсіи, несмотря на имѣющіяся объ этомъ работы, еще совершенно неясна. Можетъ быть, она представляетъ конституціональную дегенерацію мозга; за это говорятъ анатомическія данныя, хотя онѣ могутъ быть и вторичной натуры. Соотвѣтственно теперешнимъ воззрѣніямъ гуморальной патологіи нужно считать эпилепсію — или по крайней мѣрѣ судорожный припадокъ съ его эквивалентами — слѣдствіемъ самоотравленія. Хими-

[1]) Объ увеличеніи количества лейкоцитовъ при эпилепсіи. Дисс. Цюрихъ 1917.

ческія изслѣдованія крови и мочи, хотя и не даютъ данныхъ вполнѣ согласованныхъ, все же говорятъ за это; особенно же на это указываетъ наблюденіе, что если подавить посредствомъ брома припадки у больного, у котораго наблюдается предприпадочное измѣненіе настроенія, послѣднее легко затягивается до тѣхъ поръ, пока не дадутъ припадку разразиться. Судорожный припадокъ имѣетъ такимъ образомъ значеніе кризиса, при этомъ возможно, что это кризисъ химическаго свойства, такъ какъ моча непосредственно послѣ припадка, повидимому, болѣе ядовита.

Существуетъ также представленіе, что мозговое давленіе, которое констатируется при status epilepticus, имѣетъ какую то связь съ эпилепсіей; однако общеизвѣстные клиническіе симптомы мозгового давленія очень отличаются отъ эпилепсіи.

Физіологически нужно полагать, что въ припадкѣ принимаетъ участіе кора мозга вмѣстѣ съ болѣе глубокими частями (см. изслѣдованія Biswanger'a[1]).

Лѣченіе. Въ смыслѣ профилактики можно только препятствовать бракамъ дегенератовъ и бороться съ алкоголизмомъ.

Въ лѣченіи самой болѣзни бромъ является самымъ важнымъ и единственнымъ химическимъ средствомъ, имѣющимъ значеніе. Даютъ его въ видѣ бромистаго калія (дешевле всего) или бромистаго натрія для избѣжанія дѣйствія калія, (оно, впрочемъ, не велико) или въ видѣ смѣси равныхъ частей калія, натрія и аммонія въ дозахъ отъ трехъ до восьми граммъ pro die (дѣтямъ, конечно, соотвѣтственно меньше). Надо найти путемъ опыта дозу, при которой припадки прекращаются или доходятъ до minimum'a; въ началѣ, примѣрно въ теченіе перваго года, ее можно потомъ нѣсколько понизить еще, но въ дальнѣйшемъ нужно постоянно (годами, а еще лучше навсегда) держаться на этой дозѣ. Прекращеніе лѣкарства или колебанія въ дозѣ мстятъ за себя въ случаяхъ, поддающихся воздѣйствію; внезапное прекращеніе лѣкарства можетъ повлечь за собою status epilepticus со смертельнымъ исходомъ. Важно давать лѣкарство въ очень разведенномъ видѣ, примѣрно два децилитра на граммъ, въ противномъ случаѣ можетъ пострадать желудокъ, и лѣкарство легко можетъ опротивѣть больному.

Дѣйствіе (лѣкарства) можно усилить путемъ уменьшенія (но не лишенія) поваренной соли (до 5-10 g pro die). Такъ какъ большое количество (приблизительно 20 g) соли принимается съ супомъ, можно послѣдній солить бромомъ, а еще лучше и вкуснѣе замѣнить супъ бульономъ изъ sedobrol'a — комбинаціи бромистаго натрія съ супными пряностями. Въ такомъ видѣ лѣкарство принимается очень охотно и, повидимому, дѣйствуетъ очень хорошо. Въ тяжелыхъ случаяхъ Ulrich съ успѣхомъ комбинируетъ sedobrol съ chloral-hydrat 0,5-1,5 pro die вечеромъ, особенно при ночныхъ припадкахъ.

Бороться съ бромизмомъ лучше путемъ дачи поваренной соли, чѣмъ уменьшеніемъ или прекращеніемъ пріема брома (далѣе назначеніемъ мышьяка; на открытыхъ мѣстахъ ртутный пластырь или мазь).

Важно, однако, не только регулярно принимать лѣкарство, но и регулировать весь образъ жизни, тщательно избѣгать

---

[1]) Эпилепсія. Hölder, Wien, 1899.

всякихъ эксцессовъ — въ работѣ, ѣдѣ, питьѣ, удовольствіяхъ, аффективныхъ раздраженіяхъ. Алкоголь даже въ малыхъ дозахъ нужно запретить. Другія раздражающія вещества вродѣ коффеина и острыхъ пряностей, равно какъ употребленіе мяса, нужно ограничить; во многихъ случаяхъ, повидимому, полезна діэта, содержащая много молока. Рекомендовать бракъ, какъ это дѣлаютъ иногда даже и врачи, я считаю преступленіемъ.

Если эпилептикъ на свободѣ, легко возникаютъ тренія съ нимъ на почвѣ перемѣнъ настроенія, капризовъ, сильныхъ реакцій на мелкія неудобства при строгомъ проведеніи лѣченія; лучше начинать лѣченіе въ больницѣ, гдѣ больной долженъ пробыть много мѣсяцевъ, годъ и даже больше[1]. Если бромъ не даетъ больше существенныхъ результатовъ (что обычно наблюдается въ далеко зашедшихъ случаяхъ, застрявающихъ въ больницахъ), лучше вовсе отъ него отказаться. Гдѣ пичканіе лѣкарствами пользы не даетъ, оно, наоборотъ, даетъ только поводъ къ всевозможнымъ треніямъ у этихъ капризныхъ больныхъ; если status epilepticus требуетъ примѣненія брома, онъ, повидимому, дѣйствуетъ, сильнѣе у тѣхъ больныхъ, которые къ этому средству не привыкли.

Flechsig пытался усилить дѣйствіе бромистаго лѣченія тѣмъ, что давалъ примѣрно три недѣли опій въ возрастающихъ дозахъ до 1,0 и больше, затѣмъ внезапно прекращалъ его и начиналъ давать бромъ. Этотъ методъ иногда даетъ результатъ тамъ, гдѣ бромъ одинъ не помогаетъ; однако не всѣ его переносятъ. Съ тѣхъ поръ какъ мы имѣемъ методъ ограниченія потребленія поваренной соли, способъ Flechsig'а, пожалуй болѣе не нуженъ.

Нѣкоторые утверждаютъ, что adonis vernalis усиливаетъ дѣйствіе бромистаго лѣченія. Его употребляютъ даже въ отдѣльности въ качествѣ средства противъ эпилепсіи. Затѣмъ отъ времени до времени всплываетъ бура въ качествѣ antiepilepticum.

Изъ многочисленныхъ видовъ оперативнаго вмѣшательства, предпринимавшихся противъ эпилепсіи, остались только операціи раздражающихъ периферическихъ рубцовъ (очень рѣдкая причина эпилепсіи), мозговыхъ рубцовъ, экзостозовъ внутри черепа, и „уменьшеніе давленія" путемъ трепанаціи и недопущенія образованія кости вновь. Но и эти случаи нужно до и послѣ операціи лѣчить бромомъ.

Отдѣльный припадокъ въ исключительныхъ случаяхъ удается купировать перевязываніемъ эсмарховскимъ бинтомъ той конечности, въ которой появляется aura, или расправленіемъ судороги въ аурѣ. Другія воздѣйствія извнѣ или со стороны самого больного только въ исключительныхъ случаяхъ сопровождаются успѣхомъ. Обычно приходится дать припадку пройти. Противъ status epilepticus дѣйствуетъ amylenhydrat (въ клизмахъ съ обволакивающимъ средствомъ) въ дозахъ отъ 5,0 до 6,0; лучше, пожалуй, бромъ съ хлораль гидратомъ (напр. бромистаго калія 2,0 хлораль-гидратъ 1,0—2,0, повторять эту дозу каждые полчаса до максимальной дозы хлораля), иногда вмѣстѣ съ ваннами температуры тѣла[2].

Противъ поврежденій во время припадка трудно профилактически что либо предпринять; можно только предупреждать — большею частью тщетно — больныхъ, чтобы они избѣгали положеній, въ

[1] Подробности см. у Ulrich, Beitr. zur Techn. der wirksamen Brombehandl. Korresp.-Blatt für Schweizerärzte. Basel 1919, Nr. 21.

[2] Въ здѣшней больницѣ для эпилептиковъ съ тѣхъ поръ какъ ввели лѣченіе бромомъ и діэту, бѣдную солью, уже много лѣтъ не наблюдается status epilepticus.

которыхъ припадокъ можетъ стать опаснымъ. Если постоянно ушибается одно и то же мѣсто головы, можно его чѣмъ либо защитить. Хорошій надзоръ можетъ предупредить много несчастныхъ случаевъ, но не всѣ. Больные, у которыхъ аура предвѣщаетъ припадокъ, еще успѣваютъ занять безопасную позицію или позвать служителя. Роль послѣдняго — кромѣ принятія общеизвѣстныхъ мѣръ — заключается еще въ томъ, чтобы не дать больному въ сопорѣ задохнуться вслѣдствіе западенія языка.

XI. Маніакально-депрессивный психозъ.

Группа аффективныхъ психозовъ.

Въ немаломъ количествѣ психозовъ на первомъ планѣ стоятъ сдвиги настроенія, остальные основные симптомы настолько какъ будто вытекаютъ изъ неправильностей аффекта, что легкіе случаи невозможно отличить отъ нормальныхъ колебаній аффекта. Правда, внимательное изученіе другихъ случаевъ показываетъ, что такое объясненіе недостаточно, а что разстройство аффективной сферы является лишь наиболѣе выдающимся симптомомъ общаго, не поддающагося еще опредѣленію, измѣненія психики. Болѣзни эти не прогрессируютъ и никогда не ведутъ къ слабоумію, въ родѣ органическаго, эпилептическаго или шизофреническаго. Если интеллектъ поражается, то это, большею частью, выравнивается, и разстройства эти, большею частью, можно приравнить къ тѣмъ интеллектуальнымъ явленіямъ, которыя сопровождаютъ слишкомъ большія колебанія настроенія.

При теперешнемъ состояніи нашего знанія основными симптомами являются:

1. Веселое или депрессивное измѣненіе настроенія.
2. Ускоренное теченіе или заторможеніе идей.
3. Ненормальное облегченіе или заторможеніе центробѣжныхъ функцій, рѣшеній дѣйствій, включая сюда психическую часть двигательной сферы.

Эйфорія, скачка идей, суетливость, съ одной стороны (манія), депрессія, ассоціативное и центробѣжное заторможеніе (меланхолія), съ другой стороны представляютъ наиболѣе частыя комбинаціи. Въ тѣхъ случаяхъ, съ которыми психіатру приходится имѣть дѣло, синдромъ появляется приступами, при чемъ въ промежуткахъ все какъ будто бы нормально, однако болѣзнь можетъ проявляться въ виду постоянной особенности, которая временами бываетъ не очень сильно выражена. Въ качествѣ добавочныхъ симптомовъ мы имѣемъ бредовыя идеи и галлюцинаціи (почти исключительно зрительныя и слуховыя) и „нервныя“ явленія.

Маніакальный приступъ. Измѣненіе настроенія въ маніакальномъ приступѣ заключается въ повышенномъ самочувствіи, эйфоріи, веселости; больные чувствуютъ себя счастливыми, „черезъ край довольными“; переживанія окрашены пріятнымъ чувствомъ, къ депрессивнымъ впечатлѣніямъ больные не чувствительны; легче воспринимаются „мелкія непріятности“, особенно все, что оскорбляетъ повышенное чувство собственнаго достоинства. Къ тому же больной, благодаря высокому мнѣнію о себѣ, ставитъ постоянно невы-

полнимыя требованія, и такимъ образомъ у него возникаютъ каждую минуту конфликты съ окружающими, что вызываетъ въ немъ *гнѣвъ и ярость*. Вообще настроеніе маніакальнаго больного *очень колеблется*, но все же въ ясно выраженной маніи оно не легко падаетъ въ видѣ реакціи на степень депрессіи или страха. За то не рѣдки эндогенные повороты въ сторону депрессіи, которая можетъ продолжаться тогда четверть часа, часъ и даже пару дней. — *Чувствительность къ физической боли* сама по себѣ не понижена. Правда, больные часто не замѣчаютъ боли; однако если приходится, напр., дѣлать имъ небольшую операцію, когда все вниманіе направлено на рану, они иногда очень страдаютъ.

Мышленіе маніакальнаго больного носитъ характеръ ускоренной смѣны идей. Онъ перепрыгиваетъ съ предмета на предметъ, уходитъ въ сторону, не можетъ ни на чемъ остановиться. При этомъ представленія притекаютъ очень легко и, помимо воли, иной разъ до того обильно, что больному это непріятно. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ больного тяготитъ сознаніе неясности, безпорядочности и непродуманности мыслей. Обычно можно найти нить, которая связываетъ отдѣльныя идеи; исключеніе составляютъ самые тяжелые случаи, когда кажется, что рѣчь больного, а иногда и пониманіе слушателя не могутъ угнаться за дикой скачкой мыслей („спутанность отъ скачки идей"). Это не безсвязность, принципіально по крайней мѣрѣ. Мышленіе неполно и отрывочно, но не „неясно" въ смыслѣ психопатологіи. Съ маніакальнымъ больнымъ можно говорить и въ самой стадіи болѣзни; онъ легче, нежели въ здоровые періоды, схватываетъ и используетъ слабость противника, ловко примѣняетъ рабулистическую логику и быстро даетъ остроумные и саркастическіе отвѣты.

Въ теченіе приступа можетъ наблюдаться въ видѣ преходящаго эпизода на нѣсколько часовъ или дней (въ видѣ исключенія также въ теченіе всей фазы) *разстройство мышленія до нѣкоторой степени сноподобное*[1]) съ субъективной и объективной неясностью всѣхъ идей и логическихъ связей; суть этого разстройства еще не изслѣдована.

Неправильности осмышленія не удается замѣтить въ обычной бесѣдѣ. Реакціи на обращенія и вообще на перемѣны ситуаціи быстры и, съ точки зрѣнія больного, правильны. Правда, при экспериментальномъ изслѣдованіи больные дѣлаютъ массу ошибокъ, однако ихъ можно объяснить „поверхностностью", а не настоящими разстройствами воспріятія. Поэтому и *оріентировка* въ мѣстѣ и времени не разстраивается, за исключеніемъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ спутанности на почвѣ скачки идей; между тѣмъ общее положеніе оцѣнивается неправильно въ томъ смыслѣ, что больные считаютъ себя „особенно здоровыми" и во всякомъ случаѣ не могутъ понять, почему имъ не даютъ свободно дѣйствовать.

Вниманіе отличается высокой степенью отвлекаемости внутренней и внѣшней. — Точно такъ же, какъ легко всплываютъ и при-

---

[1]) Не смѣшивать съ истерическими сумеречными состояніями, наблюдающимися въ качествѣ осложненій (Imboden. Матеріалы къ вопросу о комбинаціи ман.-депрессивнаго психоза съ истеріей. Диссерт. Бернъ 1908).

ливаютъ идеи, съ такой же легкостью и необходимостью — но безъ субъективнаго чувства навязчивости — онѣ претворяются въ рѣшенія и дѣйствія. Интересъ ко всему на равно высокомъ уровнѣ. Появляется мысль, она ухватывается безъ отношенія къ общей цѣли мышленія, пока ее не смѣнитъ новая. Больной видитъ вещь и сейчасъ же беретъ ее; онъ замѣчаетъ, что у врача стеклянный глазъ и при первой же встрѣчѣ кричитъ: „одноглазый". Кривой на одинъ глазъ Jolly sen. пользовался по Rodenwald'у[1]) этимъ для діагноза. Возникаетъ мысль, что что то нужно сдѣлать, и это тутъ же дѣлается; не видно, чтобы это обдумывалось или рѣшалось. Препятствія не чувствуются. Больные не могутъ оставаться безъ занятія, они страдаютъ суетливостью.

Внѣшній видъ зависитъ отъ интенсивности болѣзни и можетъ отъ легкой маніакальной возбудимости дойти до „буйства" Въ гипоманіи больной активнѣе обычнаго: у него возникаютъ безчисленные крупные и мелкіе планы, которые онъ тутъ же стремится привести въ исполненіе: онъ встаетъ особенно рано, чтобы предпринять большія прогулки или заняться спортомъ „для здоровья", занимается изобрѣтеніями, пишетъ стихи, хочетъ реформировать міръ, вмѣшивается во все, что его не касается, путешествуетъ, расширяетъ дѣло; похороны матери онъ превращаетъ въ пышное празднество. Одинъ банковый чиновникъ, когда грозила война, представилъ своему правительству проэктъ обезпеченія запасовъ серебра и добился того, что его командировали въ Лондонъ къ Ротшильду. Молодая дѣвушка приходитъ первый разъ въ союзъ женскихъ кружковъ, и тутъ же когда возникаетъ идея о центральной предсѣдательницѣ, даетъ понять, что она можетъ занять это мѣсто. Гипоманіакальный обращается съ посторонними или почтенными лицами, какъ съ интимными друзьями. Вслѣдствіе своей безцеремонности и требовательности онъ вступаетъ въ конфликты. Часто онъ сутяжничаетъ все время, пока продолжается приступъ. Однако и добродушіе ясно выступаетъ: тараканъ, ползущій одиноко по улицѣ, возбуждаетъ состраданіе у больного, который несетъ его въ булочную, тамъ покупаетъ что нибудь, чтобы тамъ выпустить его. Всевозможные эксцессы, особенно половые и алкогольные, мотовство — все это не встрѣчаетъ никакихъ задерживающихъ импульсовъ. Въ отвѣтъ на замѣчанія больной не только извиняется, но еше измышляетъ цѣлый рядъ мотивовъ, долженствующихъ оправдать его поведеніе („folie raisonnante"). Болѣе легкій приливъ идей, а особенно исчезновеніе задержекъ способствуютъ занятію искусствомъ, хотя что нибудь путное выходитъ лишь въ очень легкихъ случаяхъ и при наличіи вообще извѣстныхъ способностей. Благопріятнымъ моментомъ является также и болѣе живая впечатлительность.

Когда болѣзнь выражена нѣсколько сильнѣе, и больной попадаетъ въ больницу, онъ тамъ держитъ все въ постоянномъ напряженіи: отдѣленіе, врачей, служителей. Онъ остритъ, стремится всѣмъ помогать, находитъ, что многое очень хорошо, но всетаки онъ все

[1]) Stern, Psychol. d. Aussage, II. Bd. 28. Barth Leipzig 1905—1906.

это улучшитъ; особенно онъ протестуетъ противъ „насилія“, при этомъ доходитъ до тяжелыхъ взрывовъ гнѣва съ разрушеніемъ всего, что подъ руку попадается; однако замѣчательно, что больной рѣдко учиняетъ насилія противъ отдѣльныхъ лицъ, за исключеніемъ развѣ случайной пощечины и т. п. Ночью больной поетъ, дѣлаетъ изъ постели куклу натуральной величины и т. д. Женщины гораздо больше, нежели мужчины, обращаютъ на себя вниманіе сильнымъ эротизмомъ вплоть до полной потери стыда. Несмотря на все это, съ больнымъ не трудно сговориться, какъ съ балованнымъ ребенкомъ, къ которому хорошо относятся.

Въ самыхъ высокихъ степеняхъ маніи наблюдается постоянное буйство[1]; больные все время что то дѣлаютъ, рвутъ, ломаютъ, изъ обломковъ опять что то строятъ: костюмъ, статую, рельефъ Швейцаріи; мажутся, ругаются, орутъ, поютъ, пляшутъ; ничто не доводится до конца, одинъ „отрывокъ дѣйствія“ смѣняетъ другой. Однако всѣ эти проявленія не носятъ собственно нелѣпаго характера.

Почти во всѣхъ случаяхъ имѣется большая говорливость, доходящая до неудержимой логорреи, и представляющая частное проявленіе общей суетливости Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ предложенія не заканчиваются, такъ какъ раньше нужно всегда выразить новую идею; въ рѣчь постоянно вставляются цитаты на всѣхъ доступныхъ больному языкахъ, иногда больной самъ изобрѣтаетъ новый языкъ. Почеркъ обнаруживаетъ тѣ же разстройства, при этомъ отрывочность, неравномѣрность, смѣшеніе разныхъ языковъ; больной пишетъ вдоль и поперекъ, тутъ же что нибудь пририсовываетъ несмотря на старанія добиться эстетической отдѣлки, въ концѣ концовъ получается безпорядочная мазня; болѣе всего отражается въ письмѣ способность на все отзываться, способность, очень важная для лѣченія: значительная часть писаній больного въ началѣ носитъ совершенно или относительно нормальный характеръ, а въ дальнѣйшемъ появляются все болѣе и болѣе болѣзненныя черты (рис. 37).

„Отзывчивость“ эта представляетъ распространенное явленіе при маніи. Больные тѣмъ спокойнѣе, чѣмъ менѣе впечатлѣній они получаютъ, чѣмъ меньше у нихъ случаевъ проявлять свое стремленіе дѣйствовать. Кривая почерка обнаруживаетъ энергичныя и быстрыя движенія. Точныя изслѣдованія движеній показываютъ, что они протекаютъ легко и быстро; максимальная сила, по крайней мѣрѣ въ опытахъ съ эргографомъ, меньше нежели у здоровыхъ. Если больной производитъ впечатлѣніе большей силы, то это происходитъ вслѣдствіе его психической энергіи и того, что онъ ни съ чѣмъ не считается, а кромѣ того вслѣдствіе настойчивости и отсутствія чувства усталости.

Въ качествѣ добавочныхъ симптомовъ мы видимъ при этихъ обыкновенныхъ формахъ маніи зрительныя галлюцинаціи и иллюзіи, рѣже обонятельныя и вкусовыя (почти никогда не бываютъ галлюцинаціи осязательныя или ощущеній тѣла); однако эти симптомы не очень вліяютъ на картину болѣзни. Почти всегда имѣются идеи повышенной самооцѣнки, часто доходящія до настоя-

[1] Терминомъ „буйное помѣшательство“ долгое время обозначали маніакальный приступъ, какъ таковой.

щаго бреда величія, однако по содержанію онъ не слишкомъ нелѣпъ и держится по крайней мѣрѣ въ предѣлахъ, еще мыслимыхъ вообще. Наиболѣе нелѣпая идея величія, съ которой мнѣ пришлось встрѣтиться, состояла въ томъ, что швейцарецъ хотѣлъ стать императоромъ. Нужна, однако, осторожность, чтобы не принять простое баловство за бредовыя идеи; а поводъ къ этому больные очень легко подаютъ, особенно когда они, какъ это часто бываетъ, принимаютъ одни личности за другія, называютъ окружающихъ другими именами на основаніи ничтожнаго внутренняго или внѣшняго сходства, и долго настаиваютъ на своемъ. Если отнестись къ этому критически, можно почти всегда доказать, что это своего рода шутка. Зато чувство умаленія и несправедливаго къ себѣ отношенія можетъ иногда походить на бредъ преслѣдованія, который однако сразу же легко можно отличить отъ паранояльнаго и параноиднаго по отсутствію фиксированности и всему характеру проявленія.

Рѣдко когда у маніакальныхъ больныхъ отсутствуютъ совсѣмъ нервные симптомы, однако въ виду эйфоріи значеніе ихъ невелико.

Картина болѣзни можетъ однако и въ качественномъ отношеніи стать болѣе тяжелой и перейти въ форму „бредовую" (delirios) или „съ бредообразованіемъ". Къ послѣдней группѣ Kraepelin относитъ приступы, протекающіе съ постоянными обманами чувствъ и сноподобными бредовыми идеями, совершенно не считающимися уже съ предѣлами возможнаго. И сама дѣйствительность, благодаря галлюцинаціямъ, представляется больнымъ въ ложномъ свѣтѣ, они оріентируются плохо, хотя возбужденіе (по Kraepelin'у) не особенно сильно. — Деліріозныя формы отличаются, по Kraepelin'у, сноподобнымъ затемнѣніемъ сознанія, съ причудливыми, безпорядочными галлюцинаціями и бредовыми представленіями. Теченіе ихъ, большею частью, непродолжительное. — Настроеніе въ обѣихъ формахъ остается въ общемъ маніакальнымъ вплоть до экстаза; однако въ связи съ галлюцинаціями могутъ быть эпизодическія состоянія страха и депрессіи. Ускоренную смѣну идей трудно констатировать сквозь завѣсу неизученнаго еще разстройства мышленія. — Обѣ формы нерѣзко различаются, и для практическихъ цѣлей я предпочелъ бы объединить ихъ подъ старымъ названіемъ „маніакальнаго помѣшательства".

Наблюдаются (очень рѣдко) случаи, гдѣ бредовыя идеи и галлюцинаціи отступаютъ на задній планъ, но разстройство мышленія на высотѣ болѣзни отступаетъ отъ типа ускоренной смѣны идей. Съ больными трудно наладить отношенія, они безсмысленно аггрессивны, внѣшне походятъ на возбужденныхъ кататониковъ, однако шизофреническіе симптомы отсутствуютъ, а разстройство мышленія еще не поддается характеристикѣ.

Меланхолія. Депрессивная фаза окрашиваетъ всѣ переживанія страданіемъ, часто къ этому присоединяется тоска (иногда въ формѣ предсердечной тоски); тѣмъ не менѣе больные часто жалуются на отсутствіе всякаго чувства, все кажется имъ безцвѣтнымъ, чуждымъ. „Безцвѣтными" они часто называютъ и свои воспріятія, однако цвѣтоощущеніе остается нормальнымъ. Мимика страдальческая, полна отчаянія, тоскливаго страха, большею частью мало подвижна; однако и содержаніе представленій мало мѣняется, такъ что не приходится говорить о „неподвижности" аффектовъ, какъ

1 стр.

Burghölzli (Zürich V), Samstag, 2. XII. 99.
Riesbach - Zürich 1 (Burghölzli) den 2 Dez. 1899.
Vormittag 10 Uhr.

Liebe Bertha! (Herzkost!)
(zu Handen des Augentrost von Wyla und Liebestrostes Fr. Marie Fik!

Ich bitte Dich liebe Bertha, mir Morgen (Sonntag den 3. Dez. 1899, Vormittags 10–11 Uhr, Besuchzeit der Dritt. Klässler) zu bringen von Herrn Winecke, Metzger: 1. Ein Pärlein „Wienerle", welche ich unsern „Küchen-Chef" Adolf Ru versprochen habe; denn er hat mir, gestern, Freitag, den 1. Dez. 1899, 3 Ormond (Virg Courts) BC (starke), die mir am besten munden, gegeben, denn er hat gestern (Freitag den 1 Dez 1899) Besuch gehabt von 10–11 Uhr, also eine ganze Stunde, nicht nur 20. Min!

Wer gibt Dir, meine Liebe, denn eigentlich an, Du sollest erst um 11 Uhr kommen!? – Am Sonntag essen wir auf der grossen Abteilung um 11½ Uhr die Wärter um 11.

2 стр.

Ferner 2 Orangen, 2 Mettwürstchen, 2 Gothaer Knackwürstchen von Herrn Eggerling! Schluss! gebietet Herrn Kleise und Herrn Ru
Ich schreibe aber was ich will:
(Herrn Ru hat mir eins auf den Kopf geschlagen!) – !? Herrn Däppeler hat gesagt: Ich könne schreiben so lang ich wolle!

Wie lange muss ich mich noch von den Patienten schlagen lassen
Also ferner, weil Du mir meinen Wunsch vom letzten Samstag nicht erfüllt hast!!!??? – – – So wünsche ich heute, 2. Dez. 1899, statt der „Virginie"-Cigarren, ein Bund „Portoriko-Cigarren" in Boxbeutel, welcher mir dann zugleich als Geldsäckel dient!
Diese Cigarren kannst Du, meine liebe Bertha auf der Gemüsebrück oder bei Herrn Wolfer zu Fr. 1.- kauf

4 стр.

Zur Allgemeinen „Zitterheitigkeit", meiner schwazen, schwanenweissen, schwefelgelben, rothhaarigen, blonden und blondgelochten und golden gelochten Schätzelein, folgende schöne Lieder: Nach der Melodie: „Wenn die Fischgräten, nur nett, so stecken daten". Oder wenn der Schnee, von den Alpen niederthaut"! Oder Zillerthal Du bist mei Freid". Hast mich gar zu Zachrisch! gefreit!" „Oder vom" Iselberg in's Thal"! Oder auf der Alp droben, „Da gib's kei Sünd"! Oder über Berg und Thal"!" Da flent an Wasserfall"! Oder kan i nett e gli, kan i nett e gll lustig si"!

„In stiller Nacht, zur ersten Wacht,
Ein Stimm beginnt zu klagen,
Der mächt'ge Wind hat süss und mild
Zu mir den Klang getragen.
Von herbem Leid und Traurigkeit
Ist mir das Herz zerflossen,
Die Blümelein, mit Thränen rein
Hab' ich sie all' begossen."

„Wie ein stolzer Adler!
Schwingt sich auf zum Lied!
Dass es froh die Seele auf
Zum Himmel zieht!"
„Hast Du denn dein
Blitzen-blauen Rock noch an!
„Hast Du denn dein schwarzen seidenen Hochzeitsrock noch an!"
„Oh!! Oh! Komm und tanz mit mir!

5 стр.

All: Du mein Leben! Du
mein Streben! Komm
und tanz mit mir
geschwind! Ach! Ach!
nur ein
einzig Mal
lasse uns
Tanzen hier
Ach nur ein
einziges Mal!!!
Lass uns tanzen hier
geschwind!
Sei herzlich meine
Liebe
von deinem Dich
innig liebenden Heinr.

Рис. 37. „Отзывчивость" въ маніакальномъ приступѣ. Почеркъ, чѣмъ дальше, тѣмъ становится крупнѣе и подвижнѣе. 2/3 натур. величины.



Рис. 38. Выраженіе лица меланхолички. Голова и взоръ опущены. Морщины на лбу сильнѣе обычнаго оттянуты кверху.

въ шизофреніи. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ мимическое отдѣленіе слезъ перестаетъ дѣйствовать; больные кривятъ лицо, всхлипываютъ, точка въ точку какъ при плачѣ, но глаза остаются сухими. Особенно замѣтный мимическій признакъ депрессіи вообще состоитъ въ томъ, что кожная складка верхняго вѣка на границѣ внутренней трети оттягивается кверху и немного кзади, такъ что дуга превращается въ этомъ мѣстѣ въ уголъ (Veraguth).

Ассоціаціи идей заторможены, мышленіе замедлено, тягостно для больного; оно однообразно вертится вокругъ его несчастья. „Я думаю, думаю, но ни до чего не дохожу. Я все время занятъ однимъ и тѣмъ же и мучаюсь, что не подвигаюсь впередъ" [1]). Однако, меланхолики, — поскольку аффектъ не затрагиваетъ извѣстныхъ идей — могутъ легче, нежели маніакальные, правильно усвоивать сложныя соотношенія, если — въ болѣе легкихъ случаяхъ — ихъ къ этому побуждаетъ извѣстный объективный интересъ. Заторможены всѣ психическія функціи. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ можно обнаружить



Рис. 39. Veraguth'овская складка верхняго вѣка при депрессіи.



Рис. 40. Нормальная складка верхняго вѣка.

даже замедленіе воспріятій чувствъ. Въ смыслѣ содержанія трудно идутъ всѣ мысли, не гармонирующія съ психической болью, и дѣло доходитъ до полнаго монидеизма.

И осмышленіе менѣе неправильно, чѣмъ у маніакальныхъ. Меланхолики не дѣлаютъ ошибокъ въ чтеніи. Все же высота порога при экспериментахъ съ осмышленіемъ представляется повышенной. (Kraepelin).

[1]) Wernicke, Демонстраціи больныхъ Бреславльской психіатрической клиники. Schlettersche Buchhandlung, Breslau 1899.

Оріентировка хороша, за исключеніемъ сноподобныхъ формъ, въ которыя меланхоліи, повидимому, чаще переходятъ, нежели маніи.

Вниманіе сосредоточено на воображаемомъ несчастіи; отвлеченіе затруднено или невозможно; и въ предѣлахъ меланхолическихъ идей вниманіе неповоротливо; оно не легко переходитъ съ одной темы на другую.

Центробѣжныя функціи рѣзко подавлены. Неспособность на что либо рѣшиться можетъ дойти до невѣроятныхъ предѣловъ: больная хочетъ пересѣсть за столомъ, поднимаетъ стулъ, и можетъ такъ простоять полчаса, пока рѣшится куда нибудь поставить его.

Движенія совершаются съ трудомъ, медленно, безсильно. Члены тяжелы „какъ свинцомъ налиты". Движенія требуютъ такого же напряженія, какъ и мышленіе.

Въ качествѣ добавочныхъ симптомовъ наблюдаются чаще, нежели при маніи, бредовыя идеи и галлюцинаціи (зрительныя и слуховыя). Въ окнѣ появляется чертъ, корчитъ гримасы. Больные слышатъ свой обвинительный приговоръ, слышатъ какъ сколачиваютъ эшафотъ, на которомъ ихъ казнятъ, какъ кричатъ ихъ родные, которые изъ за нихъ страдаютъ, умираютъ съ голоду, погибаютъ.

Особенно бредовыя идеи имѣются почти во всѣхъ ясно-выраженныхъ случаяхъ, въ видѣ бреда раззоренія и гибели экономической, тѣлесной и душевной. Больные думаютъ, что они раззорены, и безполезно показывать имъ ихъ цѣнности или балансъ: это не имѣетъ для нихъ значенія: навѣрное имѣются еще долги или претензіи, которыя все съѣдятъ. Больные считаютъ, что у нихъ тяжелая, неизлѣчимая, за грѣхи полученная болѣзнь, но конечно не меланхолія. Бредъ этотъ поддерживается неправильными ощущеніями, исходящими изъ внутренностей: связанное съ депрессіей судорожное сокращеніе пищевода и затрудненіе глотанія убѣждаетъ больного, что пищеводъ непроходимъ; вялость кишечника служитъ доказательствомъ цѣлаго ряда другихъ болѣзней. Больные думаютъ, что они ужасно провинились, и милость Христа уже не можетъ ихъ спасти; особенно они согрѣшили противъ Святого Духа, и это имъ никогда не простится. "Каждый глотокъ воды, что я пью, украденъ, а я столько ѣлъ и пилъ". Они тщательно выискиваютъ въ прошлой своей жизни всяческія преступленія; ничтожныя ошибки или невинные поступки вырастаютъ у нихъ до размѣра тяжелѣйшихъ грѣховъ. Они вплетаютъ новыя идеи во все, что кругомъ происходитъ, и бредовымъ образомъ относятъ все къ себѣ. По ихъ винѣ другіе больны, они виноваты, что данный больной умеръ; изъ за нихъ вспыхнула война; люди презираютъ ихъ за ихъ грѣхи; вездѣ о нихъ говорятъ; ихъ накажутъ ужасающимъ образомъ и на томъ, и на этомъ свѣтѣ. Меланхоликъ въ отличіе отъ „преслѣдуемаго" считаетъ, что онъ терпитъ по заслугамъ. Въ болѣе легкихъ формахъ иногда нѣтъ-нѣтъ всплываетъ мысль, что въ концѣ концовъ не такъ ужъ все плохо; ожидаемое наказаніе можетъ иногда казаться незаслуженнымъ; да и вообще въ безконечно сложной игрѣ человѣческой души иногда можетъ появиться настоящая идея преслѣдо-

ванія, даже напр. у здоровыхъ, однако къ меланхоліи относится лишь бредъ умаленія въ выше очерченномъ болѣе узкомъ смыслѣ слова, и разные оттѣнки его, какъ въ смыслѣ генеза, такъ и прогностически и діагностически, предоставляютъ явленіе совершенно другого порядка, нежели кататимическій бредъ преслѣдованія.

Нерѣдки эпизодическіе или болѣе длительные навязчивые страхи и стремленія, напр. причинить страданіе близкимъ людямъ, или навязчивыя мысли неприличнаго или богохульнаго содержанія. Самообвиненія (напрасныя) тоже могутъ принять навязчивую форму, и только потомъ появляется увѣренность, что обвиненія соотвѣтствуютъ дѣйствительности, и тогда они превращаются въ бредовыя идеи.

Изъ другихъ добавочныхъ симптомовъ нужно упомянуть опять таки нервныя явленія; значеніе ихъ здѣсь неизмѣримо больше, чѣмъ при маніи, благодаря присоединенію страховъ, наклонности къ идеямъ болѣзни, и страдальческому подчеркиванію всѣхъ переживаній. Больные часто жалуются главнымъ образомъ на всевозможную слабость, мельканіе въ глазахъ, шумъ въ ушахъ, головныя боли и другія парэстезіи. Начало болѣзни часто принимается за неврастенію; легкія формы сходятъ за неврастенію въ теченіе всей болѣзни. Наблюдаются и скоропреходящіе истерическіе синдромы, напр. обмороки, приступы головокруженія, судорожнаго плача.

Всему этому соотвѣтствуетъ поведеніе больныхъ. Въ нѣкоторыхъ, сравнительно болѣе легкихъ, случаяхъ больные пытаются прогнать свою грусть какимъ либо механическимъ постояннымъ занятіемъ, которое къ тому же должно искупить ихъ воображаемые грѣхи. Однако работоспособность быстро падаетъ, что въ свою очередь усиливаетъ страданіе больныхъ. Уже въ среднихъ по тяжести случахъ больные перестаютъ работать. Перейти изъ одной постели въ другую можетъ больному показаться слишкомъ сложнымъ дѣломъ (Kraepelin); они все сидятъ или лежатъ; мало двигаются, дѣло можетъ дойти даже до ступорозной неподвижности. Списываніе иногда еще удается, но написать письмо они уже не въ силахъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ наблюдаются даже орѳографическія и грамматическія ошибки. Однако часто у больныхъ, съ которыми умственный контактъ затрудненъ вслѣдствіе заторможенія, правильно написанное письмо, содержащее точные разспросы обо всемъ, свидѣтельствуетъ о полной сохранности интеллекта.

Если больной и рѣшится на что нибудь, онъ этимъ тоже недоволенъ; всегда то, что онъ сдѣлалъ, онъ считаетъ неправильнымъ.

Тамъ, гдѣ преобладаетъ тоска, она проявляется въ неустанныхъ движеніяхъ (стремленіе куда то уйти, приставаніе, рѣже громкія стенанія и т. п.)—melancholia agitata, activa. Однако эти больные все же заторможены во всемъ, что касается другихъ дѣйствій или мышленія. Сопутствующими явленіями при тоскѣ нерѣдко является инпульсивная мастурбація, иногда неутолимый голодъ. Подъ именемъ raptus melancholicus описываются случаи, когда больной внезапно съ большой силой что нибудь натворитъ и потомъ опять впадаетъ въ преж-

нее спокойное по внѣшности состояніе; однако вездѣ, гдѣ я самъ наблюдалъ этотъ симптомъ, больные оказывались кататониками.

Рѣчь очень тиха, медленна, по возможности коротка, иногда дѣло доходитъ до полнаго мутизма. Рѣдко наблюдаются безконечные монотонные стоны. Кривая почерка тоже обнаруживаетъ безсильныя, замедленныя движенія (Kraepelin).

Почти у всѣхъ меланхоликовъ имѣется стремленіе къ самоубійству; безъ надзора они бы погибли.

Въ простыхъ случаяхъ melancholia simplex—въ картинѣ болѣзни преобладаетъ депрессивное заторможеніе. Больные печальны, тоскливы, во всемъ видятъ лишь мрачную сторону, страдаютъ отъ неработоспособности, говорятъ, что жизнь надоѣла. Особенно часто здѣсь бросается въ глаза деперсонализація, когда больному не только внѣшній міръ, но и его собственная личность кажется чѣмъ то другимъ, чуждымъ. Больного мучаютъ своеобразныя иллюзіи воспріятія (ему кажется, что корридоръ косой, свѣтъ двойной, весь домъ уменьшенъ). Имъ трудно представить себѣ правильно свое жилище, своихъ родныхъ. Навязчивыя представленія здѣсь тоже болѣе замѣтны, нежели въ тяжелыхъ случаяхъ.

Въ самыхъ легкихъ формахъ можетъ совсѣмъ не быть галлюцинацій и настоящихъ бредовыхъ идей.

Если заторможеніе настолько сильно, что больные почти не говорятъ, ничего сами не дѣлаютъ, почти вовсе не двигаются, то это состояніе мы называемъ депрессивнымъ ступоромъ.

Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ постоянно имѣются бредовыя идеи, онѣ могутъ даже стоять на первомъ планѣ. Одновременно, хотя не всегда, усиливаются галлюцинаціи. Kraepelin называетъ эти формы melancholica gravis.

„Параноидной меланхоліей“ Kraepelin называетъ тѣ случаи, когда идеи преслѣдованія (какъ онъ ихъ понимаетъ) сильно выступаютъ впередъ при сохраненной сознательности. „Фантастическая меланхолія“ отличается массовыми обманами чувствъ и совершенно фантастическими бредовыми идеями: въ ѣдѣ содержится кровь родныхъ, ребенокъ — это дикая кошка; больной говоритъ, что онъ сорвалъ небесный сводъ. Сноподобное состояніе съ совершенно неправильной оріентировкой и путанными бредовыми идеями Kraepelin называетъ „деліріозной меланхоліей“, по аналогіи съ такой же формой маніи.

Эти три формы еще тоже мало извѣстны въ деталяхъ и взаимоотношеніяхъ между собой, ибо онѣ очень рѣдки. Въ практикѣ достаточно будетъ, если ихъ всѣ вмѣстѣ подъ названіемъ меланхолическаго помѣшательства противопоставить маніакально-депрессивной меланхоліи съ болѣе яснымъ сознаніемъ.

Нижеслѣдующая исторія болѣзни характерна для картины болѣзни, которая больше всего, пожалуй, подходитъ подъ понятіе параноида и тѣмъ не менѣе сразу же обнаруживаетъ свою принадлежность къ группѣ маніакально-депрессивнаго психоза:

Биржевой агентъ, родился въ 1847 году. Три близкіе родственника-меланхолики. Спокойный, дѣловитый, солидный человѣкъ. Въ 1889 безсонница, страхи, все увеличивающаяся неспособность вести книги. Постепенно становится недовѣрчивъ, затѣмъ появляются идеи, что его письма перехватываютъ, ему подсыпаютъ яду, и поэтому онъ сталъ хуже видѣть. Хотятъ его одурма-

нить, подсунуть ему вексель для подписи. У него сифилисъ, всѣ это знаютъ; у него все отнимаютъ, Покушеніе на самоубійство. Больной попадаетъ тогда въ психіатрическую больницу. Опечатка въ газетѣ, всякое замѣчаніе окружающихъ относится на его счетъ. „Всѣ желаютъ мнѣ зла". Для него нарочно плохо готовятъ. Онъ на все и всѣхъ жаловался, сильно приставалъ. Врачъ ему нарочно причиняетъ ревматическія боли въ плечѣ; больной жалуется, пла-

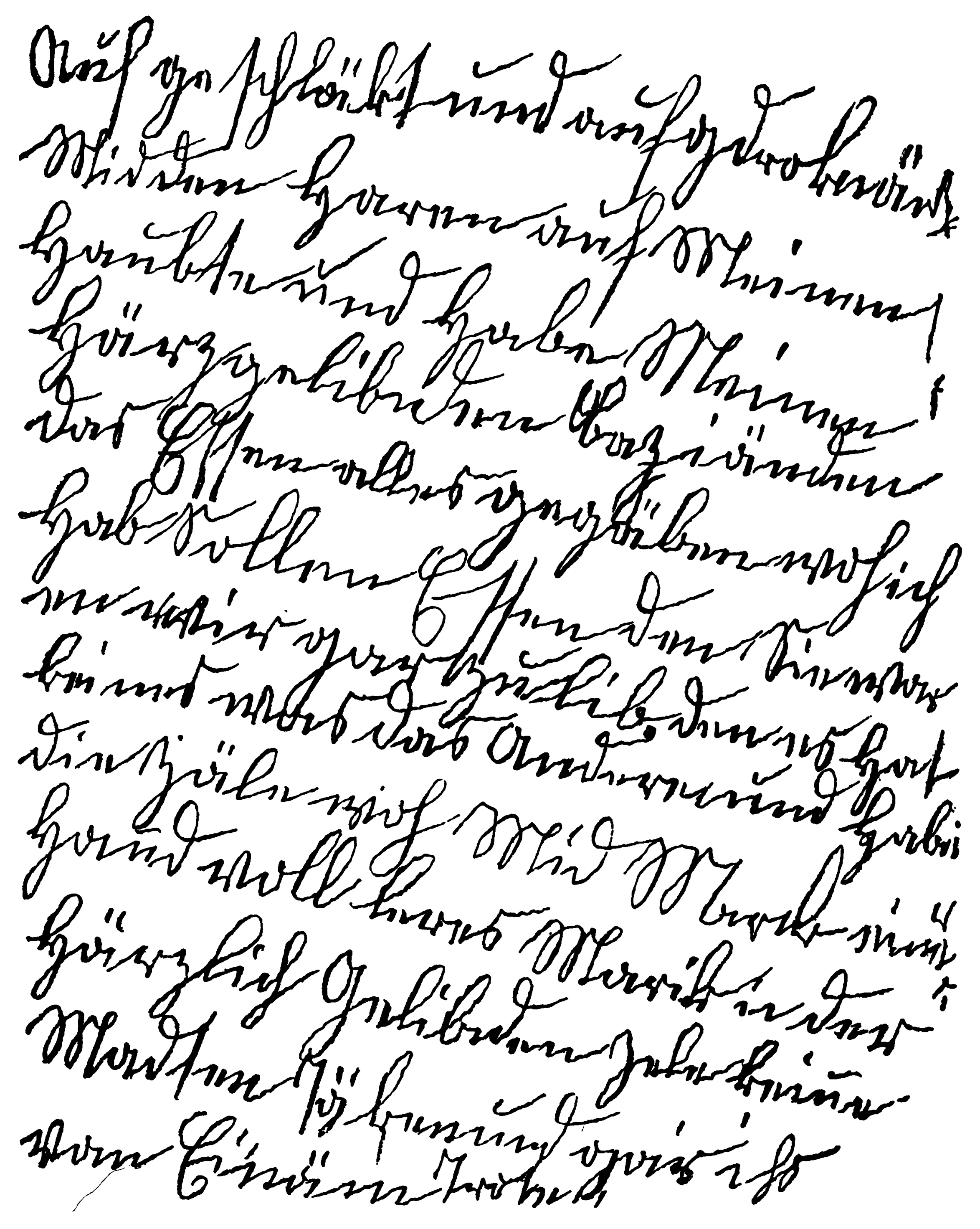


Рис. 41. Почеркъ больной, изображенной на рис. 42, на исходѣ маніакальнаго приступа. Содержаніе полно чувства. Въ противоположность стремленію писать, движенія заторможены, что сказывается въ опусканіи строчекъ. Дрожаніе, какъ это часто бываетъ, обусловлено слабостью послѣ истощающаго маніакальнаго состоянія. Форма и содержаніе письма выдаютъ дебнлку.

четъ, стонетъ. Наличія галлюцинацій не удается установить. Спустя годъ довольно быстрое выздоровленіе. — Въ дальнѣйшемъ совершенно здоровъ, хорошо поставилъ свое дѣло. Въ 1898 г., послѣ операціи у сына, слишкомъ безпокоенъ, боится, не спитъ; меланхолическія идеи обѣднѣнія, однако онѣ скоро вытѣсняются идеями преслѣдованія. Всѣ происшествія — и мельчайшія, и болѣе крупныя — указываютъ на то, что его преслѣдуютъ, хотятъ погубить. Онъ долженъ отвѣтить за всѣхъ, кто для него что дѣлалъ. Онъ чувствовалъ себя ни въ чемъ неповиннымъ, имѣлъ лишь рѣзко меланхолическую идею грѣховности. На этотъ разъ онъ видѣлъ на полу „безобразіе", это внушало ему страхъ, и онъ дѣлался аггрессивнымъ. Думаетъ, что врачъ стетоскопомъ впрыскиваетъ ему ядъ. Въ день рожденія онъ ждалъ смерти; боится „несказаннаго несчастія". Окружающіе принимали видъ звѣрей, грозившихъ ему (на ряду съ этимъ имѣлось всетаки извѣстное пониманіе того, что возможно, и что существуетъ на самомъ дѣлѣ). Затѣмъ онъ опять все относитъ на свой счетъ. Его истязаютъ, надъ нимъ издѣваются, подсыпаютъ ему чего то въ ѣду. Картины на стѣнѣ имѣютъ къ нему какое то отношеніе. Черезъ нихъ можно ему всадить въ голову идеи. Этотъ приступъ тоже тянулся годъ. Вслѣдъ за этимъ развилось вполнѣ опредѣленное гипоманіакальное состояніе, тянувшееся много лѣтъ, однако при полной работоспособности и ясномъ пониманіи своего положенія. Въ 1915 опять такой же приступъ, какъ предыдущіе; въ теченіе этого приступа больной умеръ.

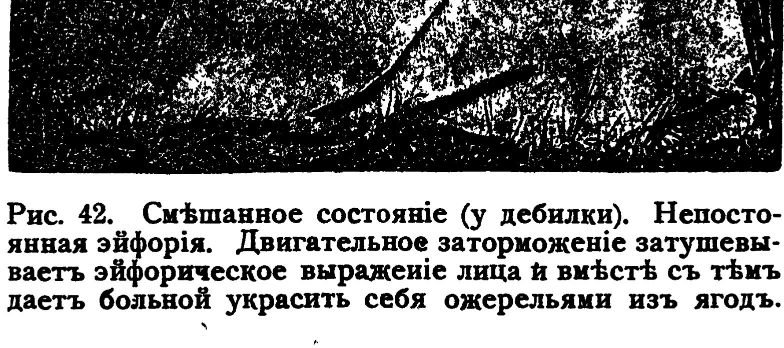


Рис. 42. Смѣшанное состояніе (у дебилки). Непостоянная эйфорія. Двигательное заторможеніе затушевываетъ эйфорическое выраженіе лица и вмѣстѣ съ тѣмъ даетъ больной украсить себя ожерельями изъ ягодъ.

Смѣшанныя состоянія. А). Три кардинальныхъ симптома маніи и меланхоліи — повышенное и подавленное настроеніе, ускоренная смѣна идей и заторможеніе мышленія, суетливость и волевая заторможенность — представляютъ три контрастныя пары. Въ такомъ же смыслѣ мѣняются въ болѣзни — какъ, и у здоровыхъ хотя и не въ столь сильной степени, — соотвѣтствующія этимъ симптомамъ функціи аффективности, мышленія и центробѣжности; по крайней мѣрѣ такъ бываетъ въ вышеописанныхъ типахъ. Однако бываетъ, что, когда въ одной области наблюдается уклонъ въ положительную сторону, въ другой области идетъ одновременно уклонъ въ отрицательномъ направленіи; такимъ образомъ, могутъ получиться, помимо обоихъ главныхъ типовъ ма-

ніи и меланхоліи, всѣ шесть возможностей, которыя даетъ комбинація трехъ паръ. Наиболѣе важныя изъ этихъ смѣшанныхъ формъ слѣдующія: депрессивная „тоскливая манія“ (аффективная сфера измѣнена въ отрицательную сторону, мыслительная и центробѣжная — въ положительную), при этомъ больные, при депрессивномъ аффектѣ и идеяхъ грѣховности, много говорятъ и пишутъ, и жалуются, что мысли сами лѣзутъ въ голову. Въ рамки „возбужденной депрессіи“ (аффектъ и мышленіе отрицательны, центробѣжная сфера положительна) хотятъ втиснуть также и melancholia agitata. Это однако неправильно: ажитація представляетъ лишь выраженіе тоски, наряду съ этимъ остальныя центробѣжныя функціи явственно заторможены. „Бѣдная мыслями манія“ (аффектность и центробѣжность положительны, ассоціаціи отрицательны) часто наблюдается на исходѣ тяжелой стадіи маніи. Больные внѣшне, кажутся очень подвижными, легко шумятъ, хорошо настроены, но вмѣстѣ съ тѣмъ плохо усваиваютъ, пытаются говорить, но ничего не могутъ сказать и только повторяются. Переходной ступенью является безконечное перечисленіе однородныхъ вещей, именъ лицъ, городовъ. Комбинація заторможенія мыслительныхъ и центробѣжныхъ функцій плюсъ положительный уклонъ въ аффективной сферѣ порождаетъ картину застывшей маніи („маніакальнаго ступора“): у больныхъ веселое выраженіе лица, но они малоподвижны, и только изрѣдка при случаѣ, могутъ выкинуть какую нибудь штуку.

В) Можетъ произойти и другого рода смѣшеніе положительныхъ и отрицательныхъ уклоненій, а именно внутри вышеочерченныхъ, искусственно выдѣленныхъ, психологическихъ функцій: въ предѣлахъ мышленія можетъ одновременно быть и заторможеніе и ускоренная смѣна идей, вслѣдствіе чего наблюдается неповоротливость мысли и одновременно скачки въ сторону и ассоціаціи по звуку[1]) (въ родѣ того, что мы видимъ въ извѣстныхъ стадіяхъ дѣйствія алкоголя); смѣсь отчаянія и веселаго самовысмѣиванія Kraepelin описываетъ подъ именемъ „юмора висѣльника“[2]); наблюдается какъ будто и комбинація идей величія съ депрессіей (больного преслѣдуетъ императоръ и король; больной ищетъ романтической смерти и т. д., Kraepelin). Kraepelin приводитъ кривую давленія почерка, съ ненормальнымъ нажимомъ, но все же слишкомъ растянутую; это свидѣтельствуетъ о сильномъ давленіи при одновременномъ замедленіи движеній. Одна изъ моихъ больныхъ исписывала цѣликомъ всѣ клочки бумаги, которые ей попадались, однако содержаніе было депрессивно и строчки спускающіяся. (Рис. 41 и 42). Настроеніе этой больной тоже представляло смѣсь депрессіи и экзальтаціи. Соединеніе суетливости и молчанія, нерѣдко встрѣчающееся въ шизофреніи, наблюдалось какъ будто и въ ман.-депрессивномъ психозѣ. У одной больной я наблюдалъ въ теченіе двухъ приступовъ постоянную суетливость (дальнія прогулки) съ отсутствіемъ чувства усталости и отрицательнымъ состояніемъ другихъ функцій.

---

[1]) Schroeder, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. II, 1910, стр. 57.

[2]) Это совсѣмъ не то, что смѣсь страха и пьяной эйфоріи у алкоголиковъ, носящее то же названіе.

Смѣшанныя состоянія обѣихъ формъ нерѣдко имѣютъ видъ перехода отъ одной фазы къ другой, однако могутъ и самостоятельно заполнять всю фазу; въ такихъ случаяхъ — о смѣшеніи съ шизофреніей мы не говоримъ — они придаютъ болѣзни менѣе благопріятный оттѣнокъ, имѣютъ тягучій характеръ и повторяются часто, еле успѣвъ затихнуть.

Часть симптоматологіи обща обѣимъ фазамъ, какъ мы уже видѣли на отсутствіи болѣе тяжелыхъ разстройствъ со стороны осмышленія, оріентировки, нервныхъ симптомовъ.

Со стороны психики нужно указать еще на состояніе памяти, которая непосредственно какъ будто бы мало поражается. Больные въ теченіе приступа и послѣ него помнятъ наиболѣе крупныя происшествія, однако, большею частью, воспоминанія существенно перетасовываются. Бывшій маніакальный больной не можетъ себѣ представить, что онъ былъ такъ несносенъ, и вполнѣ искренно изображаетъ свои конфликты, какъ законную реакцію на несправедливое и нехорошее обращеніе, и дѣлаетъ это до того искусно, что убѣждаетъ и другихъ въ своей правотѣ. Однако, чѣмъ сильнѣе была выражена скачка идей, тѣмъ труднѣе правильная экфорія, и это, въ свою очередь, обусловливаетъ неясности и пробѣлы. Характерно, что нѣкоторые маніакальные послѣ выздоровленія думаютъ, что страдали собственно меланхоліей, такъ какъ короткія эпизодическія депрессіи и внутреннее заторможеніе больше запечатлѣлись въ ихъ памяти и кажутся имъ важнѣе всего общаго повышеннаго состоянія. Конечно, возможно, что эти воспоминанія свидѣтельствуютъ о моментахъ физической и душевной боли, которые въ періодѣ возбужденія ускользали отъ наблюденія.

Въ здоровые періоды часто наблюдается отсутствіе интереса или прямо таки нежеланіе заниматься тѣмъ, что было въ болѣзни, что вызываетъ или симулируетъ недостаточное воспоминаніе. Меланхолики, которые въ общемъ помнятъ лучше, нежели маніакальные, могутъ очень многое — и какъ разъ наиболѣе важное — вытѣснить изъ памяти, даже въ томъ случаѣ, если они во время приступа задались опредѣленной цѣлью, на этотъ разъ въ свободномъ промежуткѣ думать о томъ или другомъ, напр. объ отношеніи къ врачамъ. Часто въ началѣ новаго приступа воспоминанія о прежнихъ оживаютъ съ такой яркостью, что больные это ощущаютъ, какъ нѣчто непріятное, навязчивое. Воспоминанія о везаническихъ формахъ, большею частью, неполны, извращены, часто совсѣмъ выпадаютъ.

Сознаніе болѣзни, большею частью, отсутствуетъ и полностью не бываетъ въ острой фазѣ, хотя при частомъ повтореніи больные иногда сами приходятъ въ больницу, какъ только это становится необходимымъ. Маніакальный обычно слишкомъ высокаго мнѣнія о себѣ, меланхоликъ слишкомъ низкаго. Часто больные правильно оцѣниваютъ прежніе приступы, но не сознаютъ, что они сейчасъ больны, или говорятъ, что это „совсѣмъ не то".

Галлюцинаціи въ обѣихъ фазахъ ограничиваются зрѣніемъ и слухомъ и мало „реальны". Больные сами описываютъ ихъ, какъ „явленія". Обычно онѣ и не такъ назойливы, какъ въ dementia praecox.

Физическіе симптомы маніакально-депрессивнаго психоза не такъ существенны. При эйфоріи turgor vitalis, конечно, повышается; сгорбленный въ меланхоліи циркулярный больной можетъ назавтра въ маніакальномъ состояніи казаться помолодѣвшимъ на двадцать лѣтъ, ибо онъ ходитъ прямо и смотритъ хорошо. Вегетативныя функціи приспособляются къ общему положенію. При повышенномъ настроеніи аппетитъ и обмѣнъ веществъ хороши; гипоманикъ, если онъ регулярно ѣстъ и не истощаетъ себя постоянными движеніями, обычно даже прибавляетъ въ вѣсѣ; во время болѣе сильной маніи вѣсъ однако падаетъ, отчасти потому, что больной не думаетъ о томъ, что нужно питаться, и использует пищу не для ѣды, а въ качествѣ матеріала для разныхъ затѣй. Разъ (въ видѣ исключенія) мнѣ пришлось видѣть, что маніака удалось спасти отъ смерти только тѣмъ, что его привязали къ постели, такъ какъ его сердце, хоть и не явно больное, сильно сдавало, и каждый разъ появлялась общая водянка. Въ меланхоліи аппетитъ падаетъ, дѣятельность кишечника вялая; вѣсъ обычно падаетъ, прибавленіе вѣса, за немногими исключеніями, свидѣтельствуетъ объ улучшеніи. Развитіе сильной полноты безъ одновременнаго улучшенія свидѣтельствуетъ о другой подкладкѣ, именно о шизофренической.

Сонъ въ обѣихъ фазахъ плохой, иногда настолько, что здоровый отъ этого скоро погибъ бы; очевидно, въ болѣзни функція отдыха протекаетъ иначе.

Изслѣдованія температуры тѣла, крови, мочи, общаго обмѣна веществъ до сихъ поръ не дали опредѣленныхъ результатовъ. Обращаетъ на себя вниманіе частое нахожденіе во время приступа сахара въ мочѣ.

Пульсъ и дыханіе соотвѣтствуютъ примѣрно тому, чего можно ждать и у здоровыхъ при аффективномъ возбужденіи и депрессіи.

Менструаціи часто прекращаются и вновь появляются къ концу приступа.

Сухожильные рефлексы иногда повышены; въ маніи они какъ будто протекаютъ быстро, въ меланхоліи медленно. — Маніакальная „анальгезія“ представляетъ слѣдствіе измѣненія вниманія.

Промежутки. Большинство больныхъ въ промежуткахъ представляетъ настолько мало патологическихъ чертъ, что можно говорить о „нормальныхъ промежуткахъ“. Все же у многихъ, особенно если болѣзнь тянется долго, наблюдается опредѣленная неустойчивость настроенія, то въ смыслѣ реакціи на внѣшнія впечатлѣнія раздражительностью и усиленными отклоненіями въ сторону эйфоріи или депрессіи, то въ видѣ колебаній внутренняго происхожденія, которыя Kraepelin считаетъ рудиментарными приступами. Въ отдѣльныхъ случаяхъ — въ общемъ это составитъ очень небольшой процентъ всѣхъ маніакально-депрессивныхъ — эти колебанія лишаютъ больного возможности сохранить свое положеніе въ соціальномъ отношеніи; они теряютъ способность приспособленія и выдержку для самостоятельной работы. Обычныя „изслѣдованія интеллекта“ при этомъ не обнаруживаютъ замѣтнаго дефекта. У періо-

дически-маніакальныхъ развивается часто въ промежуткахъ легкій маніакальный темпераментъ; у больныхъ съ чисто — или преимущественно меланхолическими фазами развивается длительное депрессивное настроеніе въ легкой степени. Существуютъ всевозможные переходы отъ этихъ типовъ къ тѣмъ, которые съ юности кажутся слегка маніакальными или меланхолическими, и которые въ дальнѣйшемъ заболѣваютъ преимущественно одноименными фазами.

Теченіе. Болѣзнь выявляется въ большинствѣ случаевъ первымъ приступомъ между 15 и 30 годами, но можетъ иной разъ обнаружиться впервые и на восьмидесятомъ году. Отдѣльные случаи можно прослѣдить до ранняго дѣтства; однако далеко не всѣ дѣти, обнаруживающія въ юности черты циклотиміи, становятся впослѣдствіе маніакально-депрессивными: уклоненіе отъ нормы можетъ въ дальнѣйшемъ сгладиться.

Въ общемъ приступы повторяются черезъ любые промежутки; одинъ приступъ можетъ послѣдовать непосредственно за другимъ, а то могутъ и десятки лѣтъ пройти отъ одного до другого. Конечно, иногда случается, что за всю жизнь бываетъ только одинъ единственный приступъ. Однако много есть такихъ больныхъ, у которыхъ въ теченіе многихъ лѣтъ идетъ регулярный круговоротъ приступовъ. Если промежутки болѣе или менѣе равномѣрны и не слишкомъ продолжительны, а припадки однородны, то мы это называемъ періодической маніей и періодической меланхоліей: цикличеснимъ (или циркулярнымъ) психозомъ называютъ случаи, гдѣ манія и меланхолія — съ промежутками или безъ нихъ — правильно чередуются.

И въ смыслѣ качества припадковъ мы не знаемъ никакой закономѣрности. Чѣмъ больше удается прослѣдить всю жизнь больного, тѣмъ рѣже удается составить правильныя серіи изъ одних однородныхъ приступовъ. Въ общемъ съ возрастомъ меланхолія становится чаще, манія рѣже. Тяжелые маніакальные приступы охотно сочетаются у одного и того же больного съ тяжелыми меланхолическими; въ свою очередь, субманіи и субмеланхоліи соотвѣтствуютъ другъ другу. У нѣкоторыхъ больныхъ приступы долгое время бываютъ одинаковы; говорятъ даже о фотографически точномъ воспроизведеніи. Одинъ изъ моихъ „параноидовъ" каждый разъ повторялъ бредовыя идеи прежняго приступа и развивалъ ихъ дальше (изобрѣтатель, реформаторъ). — Каждый отдѣльный приступъ — за исключеніемъ смѣшанныхъ переходныхъ состояній — держится обыкновенно въ предѣлахъ одной и той же категоріи. Однако въ болѣе тяжелыхъ приступахъ, когда сознаніе въ обѣхъ фазахъ, вообще говоря, ясное, нерѣдко попадаются моменты (по четверти часа или по часу) спутанности; при этомъ больные, съ одной стороны, безсмысленно вопятъ, бросаются на полъ, пренебрегаютъ совершенно приличіемъ, не поддаются уговорамъ; съ другой стороны, безсмысленно свирѣпствуютъ и буйствуютъ. — По Kraepelin'у чаще бываютъ больные съ чистыми депрессіями, рѣже всего чистая манія.

Каждый отдѣльный приступъ тянется обыкновенно много мѣсяцевъ, отъ полугода до года; меланхолическіе приступы въ среднемъ продолжительнѣе маніакальныхъ; отклоненія кверху до

нѣсколькихъ лѣтъ часты, до 10 и больше — рѣдки. Въ видѣ рѣдкаго исключенія наблюдается у нѣкоторыхъ наклонность справляться со своими припадками въ 1—2 недѣли. Предвѣстники наблюдаются часто въ формѣ общаго недомоганія, которое сходитъ за неврастеническое, затѣмъ страннымъ образомъ еще въ формѣ невральгій; которыя могутъ цѣликомъ походить на невриты, напр. ischias, межреберная невральгія. Больной, описанный Schnele, галлюцинировалъ каждый разъ въ началѣ приступа сѣрую птицу. Маніи иногда, но не всегда, предшестуетъ стадій депрессіи. Нарастаніе болѣзни идетъ постепенно, въ тяжелыхъ приступахъ оно совершается иногда въ два момента: спустя 2-3 недѣли наступаетъ сначала ремиссія, за которой вскорѣ слѣдуетъ сильное ухудшеніе. Послѣ этого болѣзнь обыкновенно долго остается на одной высотѣ. Улучшеніе наступаетъ постепенно и идетъ съ колебаніями; въ меланхоліи оно часто выражается въ томъ, что прослаиваются хорошіе дни, которые все чаще повторяются, и въ которыхъ симптомы все больше сглаживаются. На исходѣ маніи наступаетъ заторможеніе, которое неопытный можетъ принять за „слабоуміе". Не очень рѣдко характеръ становится непріятно ворчливымъ. За маніакальнымъ приступомъ часто слѣдуетъ болѣе или менѣе тяжелый депрессивный стадій или по крайней мѣрѣ чувство истощенія. — Послѣ меланхолическихъ фазъ больные часто чувствуютъ себя здоровыми, „какъ никогда", активнѣе и пріятнѣе въ обращеніи, чѣмъ раньше, и это продолжается не только мѣсяцы, но и годы. Болѣе рѣдкіе внезапные переломы наблюдаются особенно въ циклическихъ формахъ, въ которыхъ больной можетъ черезъ день мѣнять фазу. Однако и переходъ отъ болѣзни къ нормальному состоянію, и наоборотъ, можетъ иногда наступить внезапно.

Въ смыслѣ общаго прогноза сейчасъ еще трудно что либо сказать. Отдѣльный приступъ кончается выздоровленіемъ. Очень рѣдко приходится больному застрять въ больницѣ изъ за того, что промежутки настолько коротки, что о выпискѣ не можетъ быть и рѣчи. Отдѣльные больные приживаются къ больницѣ и остаются тамъ добровольно, хотя промежутки у нихъ довольно продолжительны. Большія серіи приступовъ къ старости склонны какъ будто сокращать промежутки. Однако, послѣ 40 лѣтъ количество поступленій быстро уменьшается, несмотря на нѣкоторое увеличеніе между 45 и 50 годами; послѣ инволюціи мы уже рѣдко вновь видимъ нашихъ прежнихъ завсегдатаевъ. Изъ этого слѣдуетъ, что въ болѣе позднемъ возрастѣ многіе изъ этихъ больныхъ не имѣютъ приступовъ, по крайней мѣрѣ, болѣе тяжелыхъ.

По качеству приступы съ возрастомъ какъ будто становятся тяжелѣе; маніи болѣе безсильны, меланхоліи скорѣе спутаны; вѣроятно увеличивается и количество везаническихъ формъ.

Въ острой фазѣ можетъ наступить смерть, у меланхоликовъ, главнымъ образомъ, вслѣдствіе самоубійства, или отъ случайныхъ заболѣваній; отдѣльные самоубійцы прихватываютъ и всю семью („убійство семьи"), чтобы избавить ихъ отъ горя. Маніакальные умираютъ иногда отъ истощенія или отъ поврежденій, которыя они не даютъ лѣчить, какъ слѣдуетъ. Маніакально-депрессивные больные имѣютъ наклонность сравнительно рано заболѣвать артеріосклерозомъ или вообще атрофіей мозга.

Измѣненія настроенія постояннаго типа. Къ маніакально-депрессивному психозу относятся также тѣ повышенныя и пониженныя настроенія, которыя, съ одной стороны, имѣютъ длительный характеръ, съ другой стороны, не достигаютъ болѣзненной высоты. Этимъ объясняется, что, несмотря на ихъ частоту, эти случаи рѣдко попадаютъ къ психіатру; однако, колебаніе настроенія иногда достигаетъ предѣловъ патологіи, и это доказываетъ принадлежность этихъ случаевъ къ общей группѣ, что впрочемъ подтверждается и наслѣдственностю.

Можно различать слѣдующія формы:

1. Конституціональное пониженное настроеніе или депрессивный складъ („меланхолическое настроеніе"), длительная мрачная окраска всѣхъ переживаній; рѣшенія даются съ трудомъ; отсутствіе вѣры въ себя.

2. Конституціональное возбужденіе или маніакальный складъ („маніакальное настроеніе"). Маніакальный темпераментъ предрасполагаетъ этихъ людей къ опрометчивымъ дѣйствіямъ и вообще къ легкомысленному образу жизни, если только этотъ темпераментъ не обуздывается сильнымъ умомъ и хорошей моралью. Поэтому мы видимъ здѣсь, съ одной стороны, безцеремонныхъ, сварливыхъ и сутяжныхъ бездѣльниковъ; зато, съ другой стороны, встрѣчаются „солнечныя натуры", большого масштаба даже, прямо геніальные люди, не рѣдко съ художественными талантами и неутомимой жаждой дѣла. Таковъ былъ напр. основатель „Физіогномики" Lavater.

3. Раздражительное настроеніе.

4. Циклотимія: періоды эйфоріи и предпріимчивости смѣняются неработоспособностью. И въ этой группѣ попадаются художники и люди большого творческаго пошиба. Moebius убѣдительно доказалъ, что къ этой категоріи относится Goethe. Что касается N. v. Kleist'a, то его одинаково произвольно можно считать и маніакально-депрессивнымъ и циклотимикомъ.

5. Бываетъ, что и конституціональный темпераментъ можетъ мѣняться, особенно въ эпоху полового созрѣванія. David Hess мальчикомъ былъ депрессивенъ; наконецъ, онъ сказалъ себѣ разъ: „не буду больше меланхоликомъ" и до самой смерти оставался въ маніакальномъ настроеніи; его сестра съ юности была „какъ ртуть". И Lavater былъ въ юности впечатлителенъ, застѣнчивъ; одинъ знаменитый ученый, и сейчасъ здравствующій, тоже длительно маніакально настроенъ. Одна дама до 20 съ небольшимъ лѣтъ была слишкомъ весела, пріятно оживлена, затѣмъ стала постоянно слегка депрессивной. Принадлежность къ маніакально-депрессивной группѣ выявилась многолѣтней меланхоліей, которая началась на 41 году; послѣ этого больная была въ теченіе десяти лѣтъ оживлена и очень энергична, отлично перенесла тяжелые удары судьбы и на 54 году опять въ теченіе 3 лѣтъ имѣла меланхолію.

„Болѣе легкими формами" можно считать состоянія, протекающія подъ видомъ неврастеній, неврозовъ желудка, головныхъ болей.

Опредѣленіе понятія. Маніакально-депрессивный психозъ представляетъ постояннаго типа аномалію, производящую колебанія въ смыслѣ маніи и меланхоліи и проявляющуюся и вообще въ формѣ неустойчивости ощущеній

и привычныхъ сдвиговъ настроенія. Сколь много разныхъ состояній относится сюда, показываетъ изученіе семейнаго склада; оно же убѣждаетъ насъ въ одинаковомъ значеніи всѣхъ вышеочерченныхъ картинъ болѣзни.

Въ такихъ предѣлахъ все было бы легко понятно; однако бываютъ несомнѣнно измѣненія настроенія другого происхожденія, которыя мы еще не можемъ отграничить отъ маніакально-депрессивной группы. Тамъ, гдѣ играетъ роль какая либо изъ этихъ другихъ причинъ, мы уже не можемъ увѣренно проводить границы; съ другой стороны, это обстоятельство заставляетъ насъ относиться съ большой осторожностью къ стремленію объяснять приступы однимъ лишь семейнымъ предрасположеніемъ. Нѣкоторыя изъ этихъ измѣненій настроенія несомнѣнно чисто психогеннаго происхожденія; другія имѣютъ матеріальную подкладку, какъ напр. при старческомъ или паралитическомъ процессѣ, при dementia praecox, при разстройствахъ внутренней секреціи (Базедовы маніи и меланхоліи); физическія болѣзни, особенно сердечныя и сосудистыя, обусловливаютъ депрессію; начинающаяся лихорадка, химическія средства въ родѣ алкоголя и туберкулина производятъ состоянія, имѣющія по меньшей мѣрѣ большое сходство съ маніей. Представляетъ ли при старческихъ формахъ атрофія мозга часто, всегда или никогда единственную причину сопутствующей депрессіи? Представляютъ ли всѣ циклическія формы шизофреніи смѣшанныя формы обѣихъ болѣзней?[1]) На всѣ эти вопросы мы не въ состояніи еще дать отвѣта.

Хотя мы до сихъ поръ ставили на первый планъ колебанія настроенія, однако мы не скрываемъ отъ себя, что они являются лишь наиболѣе выдающимся выраженіемъ общаго психическаго разстройства. Правда, наиболѣе важные и констатируемые — помимо измѣненія настроенія — симптомы (ускоренная смѣна идей, суетливость, ассоціативное и центробѣжное заторможеніе) наблюдаются въ зачаточномъ состояніи при всякомъ тяжеломъ аффектѣ, и поэтому ихъ можно толковать, какъ усиленное „дѣйствіе аффекта". Этому противорѣчитъ однако то обстоятельство, что наши три группы симптомовъ даже въ обыкновенныхъ случаяхъ не обязательно должны соотвѣтствовать другъ другу количественно, напр. центробѣжное заторможеніе можетъ колебаться, а душевная боль стоитъ на одной высотѣ, и это не только въ разныхъ случаяхъ, но и у одного и того же больного. У молодыхъ больныхъ, напр., заторможеніе относительно сильнѣе, нежели въ инволюціонномъ возрастѣ; больше всего однако смѣшанныя формы убѣждаютъ насъ въ томъ, что неправильно выводить всю картину болѣзни изъ одного лишь измѣненія настроенія. Затѣмъ, въ разстройствѣ мышленія особенно видно, что многіе симптомы выходятъ за предѣлы одного лишь вліянія аффекта; при внимательномъ разсмотрѣніи оказывается, что такіе симптомы даже въ случаяхъ видимо простыхъ встрѣчаются чаще, чѣмъ это слѣдуетъ изъ обычныхъ описаній; дѣло въ томъ, что ихъ трудно фиксировать и описать. Жалобы на назойливый приливъ массы идей; трудность произвольнаго направленія мышленія; неясности, обусловленныя ускоренной смѣной идей и могущія въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ скачка идей или заторможеніе, лишь намѣчены, доходить до степени спутаннаго и сноподобнаго состоянія; галлюцинаторные и параноидные симптомокомплексы; парэстезіи и невральгіи — все это представляетъ извѣстный плюсъ разстройствъ, который долженъ представлять большое значеніе для объясненія, но до сихъ поръ объясненію не поддается. За обычными выраженіями — конституція, истощаемость, раздражительность, внутренняя секреція — кроется въ маніакально-депрессивномъ психозѣ еще очень мало или никакого фактическаго содержанія, или хотя бы просто понятнаго взаимоотношенія.

Объемъ. Kraepelin'овское пониманіе маніакально-депрессивнаго психоза представляетъ довольно замкнутое цѣлое. Всевозможные переходы между различными формами, особенно у одного и того же больного, и наслѣдственныя соотношенія доказываютъ, что всѣ эти различныя картины болѣзни тѣсно связаны. Не поддаются точному отграниченію лишь психогенныя колебанія настроенія у психопатовъ

[1]) Несомнѣнно встрѣчаются формы, которыя симптоматологически имѣютъ видъ маніакально-депрессивно-шизофреническихъ смѣшанныхъ формъ, но по семейной конституціи представляютъ нѣчто цѣльное.

и трудно классифицируемыя меланхоліи. Трудно также провести естественную границу между лицами съ привычнымъ измѣненіемъ настроенія и „психопатическими личностями", а среди психопатовъ особенно между раздражительными и возбудимыми (по нашей номенклатурѣ).

Сходныя обозначенія другихъ классификацій, большею частью, соприкасаются съ отдѣльными формами маніакально-депрессивнаго психоза или же имъ покрываются. „Манія" и „меланхолія" нѣмецкихъ авторовъ относятся, конечно, къ нашей болѣзни, чего нельзя сказать про всѣ другія болѣзни того же названія не-нѣмецкихъ авторовъ, обнимающія всѣ возбужденія и депрессивныя формы другихъ психозовъ, особенно шизофреніи. Цѣликомъ относится къ маніакально-депрессивному психозу все, что обозначается именемъ періодической неврастеніи, повторяющейся диспепсіи и т. п.; затѣмъ ипохондрія приступами, неврастеническая меланхолія Friedmann'a. „Острая" и „періодическая" параноя соотвѣтствуетъ отчасти нашимъ маніакальнымъ и депрессивнымъ везаническимъ формамъ, большею частью шизофреническимъ галлюцинаціямъ, такъ же, какъ и большинство случаевъ не—Kraepelin'овской аменціи.

Часть сутягъ маніакально-депрессивны или циклотимики; если анамнезъ хорошъ, это распознается легко; въ отличіе отъ паранояльныхъ сутягъ, у нихъ есть періоды, когда они спокойны, даже сознаютъ и каются, что они нелѣпо себя вели; да и бредовая система при этомъ не имѣетъ единаго центра. Часть больныхъ, приходящихъ къ врачу съ навязчивыми представленіями, представляетъ собой депрессиковъ.

Отдѣльнаго разсмотрѣнія требуетъ „меланхолія". Само собою понятно, что очень многія меланхоліи цѣликомъ входятъ въ вышеочерченныя рамки. Однако бываютъ, какъ мы указали и другого рода измѣненія настроенія; особенно трудно подвести подъ одно и отнести къ маніакально-депрессивному психозу самостоятельныя какъ будто депрессіи инволюціоннаго возраста. Именно инволюціонной меланхоліи, какъ меланхоліи katexochen, Kraepelin прежде приписывалъ нозологическую самостоятельность. Правда, самостоятельность эта въ прежнемъ своемъ видѣ не удержалась. Однако причины для выдѣленія въ отдѣльную форму были довольно серьезныя: эти случаи обычно носятъ болѣе затяжный характеръ. Они медленно наростаютъ, въ теченіе 1—2 лѣтъ, нѣсколько лѣтъ остаются на одной высотѣ и затѣмъ требуютъ много времени для выздоровленія. Заторможеніе часто покрывается значительнымъ безпокойствомъ; часто бываютъ настоящія ажитированныя формы, хотя и рѣже, чемъ въ старческихъ меланхоліяхъ. Затѣмъ рецидивы тутъ бываютъ рѣже. Однократныя заболѣванія представляютъ заурядное явленіе. Правда, при желаніи можно это толковать въ томъ смыслѣ, что съ возрастомъ особенно въ періодъ инволюціи склонность къ депрессивнымъ приступамъ и ажитированнымъ и затяжнымъ формамъ увеличивается, такъ что, разъ конституція не рѣзко выражена, приступъ проявляется лишь въ этомъ возрастѣ и именно въ вышеописанной формѣ. Однако, часто получается впечатлѣніе, что тутъ дѣло другого рода: таковъ напр. такъ называемый „мужской климактерій", де-

прессія у мужчинъ, протекающая въ этой формѣ, но большею частью легко, появляющаяся къ 60 годамъ и даже позже; она рѣдко приводитъ больного въ больницу, однако существенно понижаетъ радость жизни и продуктивность работы; въ 2—3 года она проходитъ безслѣдно, хотя иногда очень походитъ на другую болѣзнь (артеріосклерозъ!). До тѣхъ поръ, пока мы не знаемъ существа аффективныхъ психозовъ, мы можемъ ждать выясненія дѣла только отъ изученія наслѣдственности[1]. Сейчасъ обособленіе этихъ формъ представляется невозможнымъ, то же относится къ внутренней группировкѣ тѣхъ формъ, которыя безусловно всецѣло вмѣщаются въ вышеочерченныя болѣе широкія рамки.

Изъ несомнѣнныхъ причинъ маніакально депрессивнаго психоза мы знаемъ только наслѣдственное предрасположеніе, причемъ отдѣльныя различныя формы болѣзни могутъ другъ друга замѣщать. Одинъ членъ семьи циклотимикъ, другой періодически меланхоликъ, третій циркулярный и т. д. Все же въ отдѣльныхъ семьяхъ наблюдается преобладаніе той или иной фазы. Я зналъ одну семью, въ которой цѣлый рядъ членовъ лишалъ себѣ жизни въ періодѣ инволюціи. Можно допустить, что почти 80 проц. этихъ больныхъ наслѣдственно отягощены, если только не слишкомъ суживать понятіе „отягощеніе"; при этомъ наслѣдственность выражается въ значительной мѣрѣ въ томъ, что у разныхъ членовъ семьи проявляются однородныя аномаліи.

Даровитость больныхъ часто поражающе высока, особенно въ художественномъ отношеніи, что повидимому находится въ связи съ повышенной впечатлительностью. Кромѣ того, въ высшихъ классахъ общества маніакально депрессивные встрѣчаются чаще нежели въ низшихъ.

Женщины составляютъ примѣрно 70% больныхъ.

Kraepelin находитъ, что у туземцевъ Явы наклонность къ депрессіи гораздо меньше, чемъ наклонность къ возбужденію. Въ большихъ психіатрическихъ заведеніяхъ Костарики (съ индійскимъ населеніемъ) и Ямайки (съ чернокожимъ населеніемъ) совсѣмъ не считаются съ возможностью самоубійства, хотя и тутъ и тамъ мнѣ говорили, что много лѣтъ тому назадъ былъ такой случай. Еврейская раса повидимому особенно предрасположена къ маніакально депрессивному психозу. Частота болѣзни колеблется также въ предѣлахъ одной и той же расы: въ Швейцаріи она очень невелика, въ средней Германіи больше.

Думаютъ, что мозговые очаги могутъ вызвать болѣзни, особенно везаническія формы, которыя приходится причислить къ маніакально депрессивному психозу. Я склоненъ это допустить, такъ какъ—не говоря о случаяхъ описанныхъ въ литературѣ — въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ я дѣлалъ секцію у маніак. депрессивныхъ я три раза нашелъ старые очаги; два раза при этомъ больные болѣли опредѣленными везаническими формами, третій больной имѣлъ правда чистыя маніакальныя фазы безъ разстройства сознанія и безъ гал-

[1]) По Spielmeyer'у (Руководство психіатріи Aschaffenburg'a V) наслѣдственность въ климактерической меланхоліи составляетъ лишь 50 проц. противъ 80 проц. въ другихъ формахъ.

люцинацій, однако одновременно у него бывали эпилептическіе припадки и деліріозныя состоянія эпилептическаго характера. Еще у одного больного была найдена гліома, однако позднѣйшаго происхожденія. У шизофрениковъ, которыхъ почти ежедневно приходится вскрывать, я не могъ найти столько мозговыхъ очаговъ. Нужно отмѣтить однако, что Kraepelin не придаетъ такого значенія стойкимъ очагамъ въ мозгу, а Bonhoeffer до лѣта 1917 г. не видѣлъ случаевъ пораненій мозга, которыя повели бы къ маніакально депрессивнымъ явленіямъ.

Отдѣльные приступы большею частью вызываются чисто внутренними причинама. Война, повидимому, не вызываетъ ихъ. Нѣтъ сомнѣнія, однако, что иногда (по моему, примѣрно въ 10 проц.) приступы вызываются психическимъ путемъ; таковъ былъ напр. случай съ одной дамой изъ хорошей семьи, которая вышла замужъ — повидимому въ депрессіи — за простого человѣка, и въ теченіе многихъ лѣтъ заболѣвала регулярно маніей всякій разъ, когда ее хотѣли отправить къ мужу — и продолжалось это до тѣхъ поръ, пока мужъ не умеръ.

Маніи наблюдаются иногда въ послѣродовомъ состояніи у женщинъ, у которыхъ помимо того никакихъ приступовъ не было; кромѣ того маніи наблюдаются въ видѣ менструальнаго психоза, гдѣ они тянутся недѣлю — двѣ. Въ одномъ случаѣ, который я наблюдалъ, приступъ наступалъ не при всякой менструаціи, но безъ менструаціи не было ни одного приступа.

Болѣе легкія депрессіи нерѣдки въ беременности, однако обычно они проходятъ, самое позднее, вмѣстѣ съ родами.

Діагнозъ часто удается поставить благодаря хорошему разсказу о предыдущихъ приступахъ и здоровыхъ промежуткахъ, въ связи съ симптоматическимъ изслѣдованіемъ. Но если анамнеза нѣтъ или мы имѣемъ дѣло съ первымъ приступомъ, тогда распознаваніе маніакально-депрессивнаго психоза основывается лишь на исключеніи другихъ болѣзней. Специфическихъ признаковъ аффективнаго психоза не существуетъ; все, что наблюдается въ теченіе маніакально-депрессивнаго психоза, можно видѣть и въ другихъ болѣзняхъ. Однако, если при „измѣненіи настроенія" тщательное наблюденіе не открываетъ специфическихъ симптомовъ другой душевной болѣзни, мы имѣемъ право заключить, что это маніакально депрессивный психозъ. Все же нужно имѣть ввиду, что и кататонія и прогр. параличъ могутъ протекать нѣкоторое время безъ ясныхъ специфическихъ симптомовъ; поэтому нельзя, по крайней мѣрѣ первую недѣлю, навѣрное поставить діагнозъ маніакально-депрессивнаго психоза. Наблюдаются какъ будто и тутъ симптомы, которые можно назвать кататоническими; однако, это бываетъ рѣдко.

Особенныя трудности причиняютъ параноидныя и везаническія формы; тутъ только тщательное и продолжительное наблюденіе можетъ исключить подозрѣніе на dementia praecox. Зато отличіе отъ паранои, съ которой смѣшивали нерѣдко маніакально депрессивный психозъ, дается легче благодаря измѣненіямъ настроенія.

Случаи dementia praecox часто ошибочно принимаются за смѣшанныя формы. Отъ этой ошибки предохраняетъ лишь продолжительное и тщательное наблюденіе, учитывающее всѣ обстоятельства, иногда также хорошій анамнезъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ надо всегда помнить, что нѣкоторыя промежуточныя формы, особенно маніакальный ступоръ, встрѣчаются гораздо рѣже нежели подобныя же шизофреническія состоянія.

Начальный прогр. параличъ можно отличить на основаніи физическихъ симптомовъ, нелѣпости бредовыхъ идей и изслѣдованія спинномозговой жидкости. Однако ипохондрическія идеи производятъ на врача впечатлѣніе чего то нелѣпаго даже, если у больного интеллектъ сохраненъ; даже представленія здоровыхъ на этотъ счетъ носятъ частенько довольно странный характеръ.

Маніакальныя возбужденія можно отличить отъ эпилептическихъ даже при краткомъ изслѣдованіи на основаніи ускоренной смѣны идей, которая при эпилепсіи не наблюдается, а также отсутствія признаковъ эпилепсіи, особенно замедленнаго хода мыслей, расплывчатости, и рѣчевыхъ особенностей.

Нѣкоторые истерическіе симптомы наблюдаются и въ маніакально-депрессивныхъ приступахъ, особенно, если эти симптомы имѣются на лицо въ здоровыхъ промежуткахъ. Одиночные, но очень рѣзкіе и упорные истериформные симптомы указываютъ на вѣроятность осложненія органическимъ или шизофреническимъ заболѣваніемъ. Маній, которыя представляли бы принадлежность истеріи, не бываетъ; депрессіи такого рода возможно существуютъ.

Чисто симптоматологически дифференціальный діагнозъ по отношенію къ психогеннымъ измѣненіямъ настроенія пока еще не возможенъ. Однако, въ концѣ концовъ — особенно послѣ выздоровленія — удается болѣе или менѣе увѣренно поставить діагнозъ, если учесть всѣ обстоятельства, а главное, семейный анамнезъ.

Лѣченіе. Конституціональное предрасположеніе можно было бы, пожалуй, вывести путемъ недопущенія потомства въ маніакально-депрессивныхъ семьяхъ. Сомнительно, однако, чтобы это было хорошо, ибо большая часть этихъ семей все же высоко стоитъ, иногда онѣ представляютъ даже выдающееся явленіе. Тяжело больные конечно не должны даже въ свободные промежутки вступать въ бракъ; я никому не посовѣтую выбрать себѣ въ спутники жизни маніакально депрессивнаго — для здоровой половины это часто тяжелѣе, чѣмъ для больной. Тѣмъ не менѣе я долженъ констатировать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ жизнь въ такихъ семьяхъ идетъ довольно ладно: больные толковы и добродушны, въ случаѣ надобности отъ времени до времени отправляются въ психіатрическія больницы для лѣченія, а въ промежуткахъ они могутъ быть отличными товарищами въ жизни.

Въ смыслѣ профилактики отдѣльнаго приступа тоже немногаго можно достигнуть; такъ какъ приступы развиваются безъ видимой причины. Все же лучше, если это только удается, избѣгать всякаго рода возбужденій и эксцессовъ, тѣмъ болѣе, что это и вообще хорошо.

Если имѣется рѣзко выраженное маніакальное состояніе, ничего не остается, какъ отправить больного въ больницу. Несмотря на все волненіе отъ лишенія свободы приступъ протекаетъ все же въ больницѣ легче всего. По возможности надо держать больного вдали отъ новыхъ впечатлѣній. Каждый разъ, когда это нужно, можно примѣнять изоляцію, при которой больной имѣетъ возможность занять свое время какими нибудь невинными пустяками. Въ отличіе отъ шизофреніи здѣсь нечего бояться „одичанія" отъ изоляціи. Если съ изоляціей дѣло не налаживается, то лучшимъ мѣстомъ для больного является длительная ванна (при условіи надзора). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ понадобиться искусственное кормленіе.

Тяжкій крестъ представляютъ болѣе легкіе случаи, когда трудно рѣшиться послать больного въ больницу. Эти больные губятъ свое состояніе, честь, здоровье — одна дѣвушка изъ хорошей семьи изъ шести приступовъ каждый разъ попадала въ больницу уже беременная — пристаютъ ко всѣмъ, сутяжничаютъ, дѣлаютъ другихъ несчастными завязывая половыя отношенія, совершая помолвки и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наложеніе опеки можетъ предотвратить цѣлый рядъ несчастій. Положеніе опекуна, однако, нелегкое; наиболѣе существенное, что онъ можетъ сдѣлать, это помѣстить больного въ больницу. Бываютъ кромѣ того случаи — довольно рѣдкіе впрочемъ — когда больные какъ разъ въ субманіакальномъ состояніи, богатѣютъ благодаря своимъ изобрѣтеніямъ и предпріимчивости. Въ общемъ, однако, рискованно представлять гипоманикамъ полную свободу; они ищутъ все новыхъ впечатлѣній т. е. именно того, чего имъ слѣдуетъ избѣгать.

При меланхоліи тоже правильнѣе всего примѣнить наблюденіе и надзоръ въ закрытомъ лѣчебномъ учрежденіи. На свободѣ многіе меланхолики погибаютъ отъ самоубійства или даже отъ голоданія. Однако, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда депрессія протекаетъ сравнительно гладко, домашнему врачу приходится считаться съ отрицательнымъ отношеніемъ самого больного и родныхъ къ больницѣ. Тѣмъ не менѣе брать на себя отвѣтственность врачъ можетъ лишь въ томъ случаѣ, если внѣшнія условія это позволяютъ. Для борьбы съ опасностью самоубійства нужно назначить строгій надзоръ. Недостаточно однако ограничиться общими словами, нужно конкретно указать, что по меньшей мѣрѣ два служителя должны смѣняться, что напр. больной долженъ итти въ уборную вмѣстѣ со служителемъ, и что надзоръ долженъ существовать и въ такіе моменты: когда больной дѣйствительно желаетъ лишить себя жизни, онъ используетъ какъ разъ тѣ моменты, про которые говорятъ потомъ „это было лишь минутку". Нужно имѣть замки на окнахъ и по возможности держать больного въ нижнемъ этажѣ. Въ болѣе легкихъ случаяхъ достаточно, когда служитель — если у него чуткій сонъ — спитъ около больного или ставитъ свою кроват такъ, что тотъ долженъ перешагнуть черезъ него чтобы уйти. Особенно опасны періоды улучшенія, когда стремленіе къ самоубійству временами еще появляется, энергія же больного уже не такъ парализована, а вмѣстѣ съ тѣмъ надзоръ ведется уже не съ прежней энергіей. Тамъ, гдѣ

врачъ находитъ излишнимъ непрерывное наблюденіе, онъ долженъ болѣе или менѣе часто — въ зависимости отъ колебаній болѣзни, но большею частью ежедневно видѣть больного, и тщательно разузнавать у окружающихъ про его состояніе, чтобы имѣть возможность во время принять мѣры.

Надзоръ очень облегчается примѣненіемъ постельнаго содержанія, которое и такъ показано при тяжеломъ заболѣваніи; зато примѣненіе его представляетъ жестокость у легкихъ больныхъ, которые имѣютъ возможность и испытываютъ потребность двигаться на волѣ или заниматься дѣломъ.

При тоскливыхъ меланхоліяхъ можно сдѣлать попытку купировать приступъ курсомъ лѣченія опіемъ: дается опій или пантопонъ въ теченіе 3—4 недѣль въ возрастающихъ дозахъ, доходя до 1,0 опія (0,2 пантопона), или еще немного больше; черезъ 8—14 дней послѣ того какъ эта доза достигнута, такъ же медленно сходятъ внизъ, не считаясь съ тѣмъ, стало ли лучше или нѣтъ. Дѣло въ томъ, что если въ теченіе этого времени лѣченіе не дало хорошихъ результатовъ, нечего ждать отъ него дальнѣйшей пользы, а между тѣмъ можно сдѣлать больного опіофагомъ.

Противъ безсонницы приходится иногда давать снотворныя (не опіяты). Нужно заботиться о питаніи больного, ибо обыкновенно они плохо ѣдятъ; иногда приходится прибѣгать къ зонду. Противъ запора употребляются нѣжныя слабительныя, еще болѣе важно заставлять больныхъ ежедневно въ одно и то же время пытаться опорожнить кишечникъ.

Въ легкихъ и начальныхъ случаяхъ нужно быть осторожнымъ съ „развлеченіями", они почти всегда вредны; самая прекрасная музыка не можетъ хорошо вліять, когда больной на все реагируетъ душевной болью. И всякаго другого рода болѣе сложные способы занять больного большею частью вредны, даже если они въ данный моментъ отвлекаютъ его, такъ какъ за этимъ быстро слѣдуетъ ухудшеніе. Въ такихъ случаяхъ нужно осторожно пробовать. Скорѣе всего можно еще ждать результата отъ работы, которая не требуетъ отъ больного ни умственнаго напряженія, ни какихъ либо рѣшеній. Вообще, очень важно избавить больного — пока не наступитъ рѣшительное улучшеніе — отъ необходимости принимать какія бы то ни было рѣшенія, хотя бы самыя мелкія.

При меланхоліяхъ во время беременности поднимается часто вопросъ о выкидышѣ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ онъ даетъ хорошій результатъ. Однако въ общемъ, лучше воздержаться отъ такого вмѣшательства. Болѣзнь и безъ того проходитъ съ естественными родами, а послѣ выкидыша больныя часто изводятъ себя самообвиненіемъ.

Уже много лѣтъ пытаются купировать маніакальные и депрессивные приступы посредствомъ брома. Иногда это удается; однако раньше мнѣ казалось, что отъ этого промежутки дѣлались короче, а послѣдующіе приступы тяжелѣе. Однако, по новѣйшимъ наблюденіямъ Ullrich'a возможно, что бромистое лѣченіе проведенное по теперешнимъ принципамъ съ лишеніемъ соли (Sedobrol) можетъ дать

благопріятный результатъ[1]). Въ противоположность къ шизофреніи нужно тутъ остерегаться ранней выписки. Многіе больные стачовятся хуже на волѣ; даже въ самой больницѣ приходится часто видѣть что больнымъ становится хуже, когда ихъ слишкомъ рано переводятъ въ спокойное отдѣленіе.

XII—XIV.

Психическія реактивныя формы (Психозы ситуаціи).

Психогенными заболѣваніями нужно называть не только XII ую группу Kraepelin'а, но и истерію, навязчивый неврозъ и параною. Если бы я не опасался внести новую путаницу въ психіатрическую номенклатуру, я бы описалъ эти три группы подъ этимъ общимъ названіемъ, а для первой группы предложилъ бы новое названіе. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ болѣзненной реакціей на трудности, которыхъ больной не можетъ преодолѣть, которыхъ онъ избѣгаетъ, будь то непосредствено (бѣгство въ болѣзнь) или косвенно – перенося ихъ фиктивно въ другую плоскость (параноя). Бѣгству въ болѣзнь соотвѣтствуютъ главнымъ образомъ тѣ формы истеріи и псевдо-неврастеніи, которыя можно считать типическими для данной категоріи. Прежде всего однако надо выяснить самое понятіе неврастеніи. Болѣзнь считали, какъ объ этомъ свидѣтельствуетъ названіе, физіологическимъ ослабленіемъ нервной системы на почвѣ перенапряженія. Однако такого рода неврастеніи отъ истощенія очень рѣдко попадаются на глаза психіатру, неврологъ видитъ ихъ не часто, да и практическій врачъ не такъ часто ихъ видитъ, какъ принято думать. Перенапряженіе и истощеніе вообще рѣдко являются причинами невроза, а въ психозахъ не играютъ никакой причинной роли, что въ концѣ концовъ доказала война, даже тѣмъ, кто этого не хотѣлъ замѣчать. Общій упадокъ силъ не есть неврозъ. Люди, которые трудятся больше всѣхъ, которые регулярно работаютъ изъ года въ годъ по 16 и больше часовъ въ день и, спятъ только нѣсколько часовъ, да и то съ перерывами, такъ какъ имъ приходится няньчить дѣтей, эти люди только въ исключительныхъ случаяхъ заболѣваютъ неврастеніей; псевдо неврастеники, приходящіе къ врачу обыкновенно работаютъ гораздо меньше; если что и производитъ такъ назв. неврастенію, такъ это аффективныя трудности. Конечно дѣйствіе ихъ можетъ быть усилено переутомленіемъ; утомленіе, конечно, способствуетъ тому, что работа скорѣе пріѣдается. Однако все это является второстепенными моментами равно и какъ врожденная истощаемость нервной системы. (гипотеза объ истощаемости въ обыкновенныхъ конституціональныхъ случаяхъ должна была спасти вышеуказанное пониманіе неврастеніи). Дѣло въ томъ, что эти — больные, стоитъ имъ воодушевиться какой нибудь работой, могутъ временами или даже постоянно работать гораздо продуктивнѣе чѣмъ рядовой средній человѣкъ. Неврастенія, такимъ образомъ, представля-

[1]) Подробности относительно техники этого дѣла, которая впрочемъ еще не установлена окончательно, см. Ullrich. О психическомъ дѣйствіи брома и объ успѣшномъ лѣченіи меланхолическихъ состояній посредствомъ Sedobrol'я Corr.-Blatt fur Schweizer Aerzte 1916 Nr. 21.

етъ ничто иное, какъ псевдо-неврастенію и въ сущности говоря слѣдовало бы примѣнять только это названіе, если бы оно не было слишкомъ длинно.

И такъ истерія и неврастенія и причисленные къ конституціональнымъ аномаліямъ навязчивые неврозы представляютъ различныя формы реакціи на одинаковыя трудности. Понятно поэтому, что эти неврозы переходятъ другъ въ друга, что у неврастеніи и истеріи имѣется часть общихъ симптомовъ, что во многихъ случаяхъ имѣется даже смѣсь специфическихъ симптомовъ въ формѣ „истеро-неврастеніи", и что многіе считаютъ навязчивыя формы особаго рода проявленіемъ неврастеніи. Люди съ навязчивымъ складомъ это, большею частью, люди слишкомъ добросовѣстные, имъ трудно принять рѣшеніе и они предпочитаютъ лучше думать, нежели дѣйствовать. Мы еще не можемъ точнѣе указать, что именно придаетъ бѣгству въ болѣзнь истерическій характеръ въ одномъ случаѣ и неврастеническій въ другомъ. Часть истерическихъ симптомовъ объясняется этіологіей, вспомнимъ трясеніе и истерическую глухоту при военныхъ неврозахъ. Иногда еще обстановка рѣшаетъ, нужно ли придать болѣзни болѣе демонстративный характеръ т. е. сдѣлать ее истеричной, или для достиженія цѣли достаточенъ неврастеническій упадокъ силъ съ не очень видными симптомами. Затѣмъ играетъ роль личное желаніе выдвигаться, что при истеріи имѣетъ большее значеніе, чѣмъ при неврастеніи; далѣе производитъ впечатлѣніе, что истерическій симптомокомплексъ является выраженіемъ большей активности—или лучше сказать энергіи (ложно направленной). На это указываютъ симптомы—болѣе рѣзкіе въ своемъ проявленіи и воздѣйствіи—и активность въ продукціи и демонстраціи симптомовъ. Возможно, что проявленіемъ тѣхъ же свойствъ можно считать болѣе сильную наклонность къ отщепленію и большую внушаемость. Такимъ образомъ „выборъ невроза" опредѣляется преимущественно индивидуальнымъ родомъ реагированія.

По Kraepelin'у въ истеріи имѣются, неизвѣстныя намъ, промежуточныя звенья, затемняющія связь между психической причиной и симптомомъ. На этомъ основаніи онъ отдѣляетъ истерію отъ своихъ „психогенныхъ заболѣваній". Однако болѣе тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ въ этихъ случаяхъ, что и тутъ психическая причина участвуетъ въ происхожденіи симптомовъ, хотя не рѣдко пускаются въ ходъ и преформированные механизмы, какъ напр. globus hystericus или въ истерической дугѣ.

Если Kraepelin'овское пониманіе паранои къ которому и мы присоединяемся, правильно, то и эту болѣзнь (съ сутяжнымъ бредомъ включительно) нужно считать психогенной; однако она сильно отличается отъ неврозовъ образованіемъ прочной бредовой системы, которая переводитъ внутреннія затрудненія во внѣшній міръ. Она становится поэтому психозомъ и въ соціальномъ смыслѣ, и, разъ почва, на которой она возникаетъ, намъ еще недостаточно ясна и болѣзнь, разъ появившись, протекаетъ какъ будто совершенно независимо отъ психическихъ вліяній, можно ее пока по прежнему трактовать въ качествѣ самостоятельнаго психоза.

XII. Психогенныя заболѣванія (Kraepelin).

Понятіе психогенныхъ заболѣваній въ болѣе тѣсномъ Крепелиновскомъ смыслѣ обнимаетъ всѣ психозы, гдѣ психическія вліянія представляютъ не только поводъ, но и причину и въ которыхъ содержаніе и теченіе зависятъ отъ рода психическаго воздѣйствія, такъ что клиническая картина даетъ возможность дѣлать выводы относительно характера психическихъ причинъ.

1. Неврозы дѣятельности (Понопатіи).

А. Нервное истощеніе.

Понятіе нервнаго истощенія обнимаетъ болѣзненныя состоянія, „вызванныя чрезмѣрно напряженной или слишкомъ продолжительной умственной или физической работой“ т. е. иначе говоря состоянія, которыя пытаются объяснить именемъ неврастеніи. Сюда не относится псевдоневрастенія, хотя ее большею частью имѣютъ ввиду этимъ названіемъ. „Здѣсь мы имѣемъ въ виду только тѣ болѣзненные признаки, которые появляются у людей до того здоровыхъ исключительно на почвѣ повышенной, сверхъ допустимой мѣры, работы“ (Kraepelin). Тѣмъ не менѣе конституція и предрасполагающая причина напр. психическія болѣзни играютъ большую роль и отдѣленіе другихъ формъ неврастеніи на практикѣ представляется чисто искусственными.

Изъ симптомовъ наиболѣе важны нижеслѣдующіе: повышеніе утомляемости, затрудненіе умственной дѣятельности, (субъективно плохая память) ворчливое раздражительное настроеніе, наклонность всевозможные ничтожные симптомы считать тяжелой болѣзнью (часть прежнихъ ипохондриковъ страдаетъ неврозомъ истощенія). Въ соматической области: тупая тяжесть въ головѣ вплоть до локализованныхъ болей, чувство физической слабости, парестэзіи всевозможнаго рода, сильное колебаніе пульса, плохой аппетитъ, и плохое пищевареніе, обычно плохой сонъ, кромѣ того то тотъ то другой изъ симптомовъ свойственныхъ псевдоневрастеніи.

Теченіе: при правильномъ леченіи болѣзнь въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ съ нѣкоторыми колебаніями заканчивается выздоровленіемъ. Рецидивы конечно, не рѣдки особенно, если причина не устранима.

Дифференціальная діагностика представляетъ особенныя затрудненія, когда приходится исключать шизофренію, (не говоря о собственно шизофреническихъ симптомахъ, особенную роль при этомъ играетъ абсолютное или относительное равнодушіе къ леченію и къ будущему), циклотимическія депрессіи (истощенные гораздо болѣе доступны утѣшенію и леченію, чѣмъ депрессивные) и начинающійся прогрессивный параличъ.

Леченіе: Устраненіе обстоятельствъ вызвавшихъ болѣзнь, покой, (сонъ!) но никоимъ образомъ не пріучать къ мнительному самонаблюденію и постоянному лѣнтяйничанію. Психическое воздѣйствіе важно, несмотря на физическое происхожденіе болѣзни (подбадриваніе и воспитаніе иногда съ помощью гипноза). При сильномъ возбужденіи и безсонницѣ иногда, особенно на ночь, превосходно дѣйствуютъ умѣренныя дозы брома (1—3 гр.). Для избѣжанія рецидивовъ нужно по возможности урегулировать внѣшнія обстоятельства; при этомъ избавленіе отъ работы не столь существенно, зато тѣмъ важнѣе улучшить аффективную обстановку.

(Псевдо)неврастенія.

Только что описанную настоящую неврастенію съ ея физическимъ патогенезомъ, физическими симптомами и излечимостью посредствомъ одного лишь покоя и укрѣпленія столь же мало можно считать психозомъ, какъ и „тифъ“,

при которомъ психика задѣта. Между тѣмъ псевдо-неврастенія, при которой не только болѣзнь, но и всѣ симптомы возникаютъ чисто психическимъ путемъ и которая подается исключительно психическому воздѣйствію представляетъ душевную болѣзнь въ такой же степени, какъ и истерія. Она несравненно чаще встрѣчается, чѣмъ нервное истощеніе и представляетъ, какъ выше указано было, опредѣленную форму „бѣгства въ болѣзнь", форму симмулирующую (безсознательно) для себя и другихъ картину нервнаго крушенія и представляющую поэтому такое сходство съ истощеніемъ. Ее съ такимъ же правомъ можно считать психозомъ, какъ и истерію безъ сумеречныхъ состояній.

Наиболѣе важные симптомы слѣдующіе: психическая и сенсорная раздражительность, боязливость, неспособность сосредоточиться, забывчивость, длительное или эпизодическое состояніе тоски, головокруженіе, безсонница, парестезіи, топалгіи, головная боль, часто чувство давленія въ головѣ, мышечная слабость, дрожь, профессіональныя судороги, всевозможныя разстройства пищеваренія иногда также булимія и полигафія, запоры иногда также colitis membranacea, поллюціи, сперматорея, ejaculatio praecox, особенно часты и пожалуй всегда на лицо сердечно сосудистые сиптомы, какъ напр. ненормальная возбудимость сердца, тахикардія, приливы, потливость и т. дальше.

Глядя по тому какіе симптомокомплексы преобладаютъ, различаютъ формы психическія, моторныя, диспептическія, ангіоневротическія или сердечныя и сексуальныя. Сюда же можно присоединить этіологическую группу травматиковъ.

Причины ясны изъ вышеприведенныхъ общихъ замѣчаній. До сихъ поръ еще не выяснено какую роль играютъ половыя излишества, особенно онанизмъ и coitus interruptus и насколько механизмъ происхожденія лежитъ въ области психики. Конечно ослабляющія болѣзни съ одной стороны способствуютъ бѣгству въ болѣзнь, съ другой стороны намѣчаютъ тѣ ощущенія преувеличеніе которыхъ составляетъ собственно картину болѣзни.

Діагнозъ требуетъ въ первую голову исключенія физической болѣзни, главнымъ образомъ нужно имѣть въ виду сифилисъ и яды въ родѣ CO, вызывающіе аналогичныя состоянія. Необходимо также исключить прогрессивный параличъ и шизофренію. Многіе ошибочно принимаютъ за неврастенію депрессивную фазу циклотеміи. Больной приходящій къ врачу съ объемистой записной книжкой изъ боязни, что онъ недостаточно или неточно разскажетъ свою болѣзнь, большею частью, страдаетъ неврастеніей; болѣзнь вѣдь не имѣла бы никакого смысла если бы она не была серьезной.

Виды на будущее очень различны, глядя по складу больного, возможности устранить внѣшнія или внутреннія трудности и по леченію. Конституціональныя формы, гдѣ съ юности наблюдается неумѣніе приспособиться къ дѣйствительности, даютъ трудный прогнозъ; другіе лишь временно попавшіе въ тупикъ поддаются излеченію путемъ легкаго внушенія, подбадриванія иногда благодаря простому заявленію, что ихъ опасеніе послѣдствій онанизма ни на чемъ не основано.

Леченіе принципіально не отличается отъ леченія истеріи, однако здѣсь укрѣпляющія мѣропріятія проявляютъ большую силу внушенія и, тамъ гдѣ имѣется настоящее истощеніе, дѣйствуютъ непосредственно.

B. Неврозъ ожиданія.

У соотвѣтственно предрасположенныхъ больныхъ наблюдается слѣдующее явленіе: если они испытаютъ разъ какую нибудь непріятность (при чтеніи, письмѣ, глотаніи, мочеиспусканіи, отъ яркаго свѣта, рѣзкаго шума и такъ дальше до безконечности)[1] ими всецѣло овладѣваетъ мысль, что они больше не справятся съ данной функціей или что они при этомъ будутъ испытывать боль и эта мысль превращается въ дѣйствительность. Такимъ образомъ возникаетъ параличъ опредѣленнаго двигательнаго комплекса, судорожныя добавочныя движенія или болѣзненная перестезія. Кромѣ рѣчевыхъ заикъ, которые иногда относятся въ эту категорію былъ выдѣленъ цѣлый рядъ

[1]) Неврозъ ожиданія можетъ остаться также въ качествѣ наслѣдія послѣ физической болѣзни, напр. органическаго паралича глотанія.

другихъ формъ „заиканія" („заикающаяся походка", „заикающійся почеркъ", „заикающееся мочеиспусканіе" и т. д.). Психическая импотенція относится конечно сюда же равно, какъ akinesia algera (Moebius). Я причисляю сюда же многіе не упомянутые Kraepelin'ымъ неврозы желудка, когда больной не переноситъ опредѣленныхъ видовъ пищи и избѣгаетъ ихъ, доводя свое меню до невозможнаго минимума, а себя до голоднаго истощенія, пока въ концѣ концовъ не удастся энергичнымъ настояніемъ заставить его опять все ѣсть, что обычно даетъ хорошій успѣхъ.

Неврозъ ожиданія развивается обычно медленнѣе нежели травматическій неврозъ, на который онъ до извѣстной степени походитъ, кромѣ того онъ не рѣзко отдѣляется отъ многихъ истерическихъ неврозовъ. Все же онъ имѣетъ свои характерныя черты, таково напримѣръ отличіе заикающейся походки отъ истерической абазіи: страдающій неврозомъ ожиданія можетъ еще сдѣлать попытку пойти, однако тутъ же слабѣетъ и начинаетъ испытывать боль, между тѣмъ абазикъ не въ состояніи даже сдѣлать попытку пойти. Затѣмъ неврозъ ожиданія имѣетъ моносимптоматическія границы, что отражается также въ частомъ возвращеніи къ нормѣ по выздоровленіи. Неврозъ ожиданія трудно также иногда отграничить отъ нѣкоторыхъ фобій, въ корнѣ которыхъ тоже не рѣдко можно открыть непріятное переживаніе.

Комплексъ ожиданія можетъ наблюдаться въ качествѣ синдрома также при всевозможныхъ другихъ неврозахъ, а также и психозахъ; даже въ шизофреніи онъ можетъ десятками лѣтъ господствовать въ картинѣ болѣзни, однако въ послѣднемъ случаѣ обычно имѣется не только одинъ симптомъ ожиданія.

Предоставленная сама себѣ или неправильно леченная болѣзнь обыкновенно ухудшается и тянется неопредѣленно долго. Однако, какъ только діагнозъ точно поставленъ, можно цѣлесообразнымъ психическимъ леченіемъ (разъясненіе, успокоеніе, воспитаніе) въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ добиться излеченія. Даже у шизофрениковъ не исключена возможность излеченія (синдрома) хотя это бываетъ рѣдко.

2. Психозы общенія. (Гомилопатіи).

C. Индуцированное помѣшательство (folie à deux).

Случается, что параноикъ или параноидъ (рѣже гипоманикъ) не только внушаетъ вѣру въ свои бредовыя идеи лицамъ, съ которыми онъ находится въ тѣсномъ общеніи, но до того ихъ заражаетъ, что тѣ иногда самостоятельно развиваютъ бредъ дальше или же слѣпо не замѣчаютъ противорѣчія съ дѣйствительностью, у нихъ появляются такіе же обманы памяти, иногда даже иллюзіи и галлюцинаціи, какъ у больного, иногда они даже продѣлываютъ параноидное или истереформное возбужденіе. Такіе случаи называются индуцированнымъ помѣшательствомъ.

„Истерическія" эпидеміи сюда не причисляются. Даже если параноику съ религіознымъ или вообще лежащимъ въ области недоказуемаго бредомъ удается собрать секту, то зараженныхъ его бредомъ въ самыхъ только тяжелыхъ случаяхъ придется считать душевно больными.

Въ такихъ случаяхъ первично заболѣвшій (индуцирующій) представляетъ собой энергичный характеръ. Индуцированными являются

большею частью его родственники, рѣже супругъ, что доказываетъ значеніе семейнаго предрасположенія. Они дѣятельно принимаютъ участіе въ развитіи бредовой системы, взвинчиваютъ другъ у друга развитіе симптомовъ (психологическій процессъ равный тому, который наблюдается при собирательномъ преступленіи).

Особенно они принимаютъ участіе во всѣхъ внѣшнихъ болѣзненныхъ реакціяхъ въ сутяжничествѣ, ругани, насиліяхъ или же они всѣ вмѣстѣ уходятъ отъ міра, ограничивая общеніе съ внѣшнимъ міромъ самымъ необходимымъ минимумъ.

Если принять своевременно мѣры т. е. изолировать отъ очага заразы, индуцированные обычно скоро выздоравливаютъ, однако бываютъ исключенія и тогда возникаетъ подозрѣніе, что у этихъ лицъ имѣется самостоятельное заболѣваніе, въ которомъ лишь нѣкоторыя внѣшнія проявленія, какъ напримѣръ содержаніе бредовыхъ идей обусловливается индукціей.

D. Бредъ преслѣдованія глухихъ.

Глухіе и глухонѣмые часто недостаточно понимаютъ окружающее, становятся поэтому раздражительными и недовѣрчивыми и начинаютъ неправильно оцѣнивать обстановку (съ возбужденіемъ или безъ него). Въ отдѣльныхъ случаяхъ особенно у болѣе старыхъ женщинъ на этой почвѣ развивается болѣе стройная паранояльная картина болѣзни, обычно съ идеями преслѣдованія, которыя однако рѣдко развиваются вполнѣ и обычно носятъ лишь характеръ какихъ то страховъ. Обманы памяти, иллюзіи иногда даже галлюцинаціи усиливаютъ бредъ и увеличиваютъ затрудненія.

Болѣзнь протекаетъ хронически съ колебаніями и неизлечима, хотя иногда больные поддаются еще воздѣйствію путемъ искусственнаго поведенія окружающихъ.

3. Психозы отъ превратностей судьбы (симбантопатіи).

E. Травматическіе неврозы.

Психическія разстройства возникающія непосредственно отъ поврежденій мозга представляютъ органическія заболѣванія съ мѣстными и общими симптомами. Къ послѣднимъ относятся особенно сильная раздражительность, плохая сопротивляемость по отношенію къ алкоголю, легкія и даже тяжелыя эпилептоидныя колебанія настроенія и неясность мышленія, къ этому присоединяются болѣе или менѣе локализованныя головныя боли и другія парэстезіи Эти заболѣванія конечно нельзя считать травматическими неврозами.

Подъ послѣдними мы подразумѣваемъ заболѣванія, которыя возникаютъ психически[1] на почвѣ волненія отъ несчастія или другимъ какимъ нибудь путемъ въ связи съ послѣднимъ, кромѣ того они конечно могутъ комбинироваться съ непосредственными травматическими или токсическими вліяніями (окись углерода при взрывахъ). Kraepelin выдѣлилъ изъ многообразія различныхъ формъ четыре группы, соотвѣтствующія наиболѣе важнымъ категоріямъ въ смыслѣ производящихъ причинъ, а слѣдовательно и симптоматологіи. Эти группы однако не рѣзко отличаются другъ отъ друга.

[1]) Нѣкоторые авторы главнымъ образомъ Oppenheim допускаютъ, по крайней мѣрѣ для многихъ случаевъ существованіе подкладки физическаго свойства нѣчто вродѣ моллекулярныхъ измѣненій нервной системы на почвѣ физическаго и психическаго „сотрясенія", или слишкомъ сильнаго раздраженія употребляютъ даже выраженіе травматическій рефлекторный параличъ. Согласно наблюденіямъ во время войны все это играетъ совершенно второстепенную роль.

a) **Неврозъ испуга.** Это названіе авторъ примѣняетъ теперь только для обозначенія патологическихъ реакцій на переживаніе тяжелой катастрофы (землетрясеніе, несчастіе въ копяхъ [1]). Наряду со ступорознымъ заторможеніемъ появляется затуманиваніе сознанія и возбужденіе различныхъ степеней и родовъ. Оріентировка разстраивается, въ легкихъ случаяхъ наступаетъ разсѣянность, забывчивость, сильная утомляемость. Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до неяснаго бреда сопровождающагося часто совершенно нелѣпыми дѣйствіями. Сонъ обычно плохой, со страшными снами. Сердцебіеніе и всѣ остальные признаки сосудодвигательной неустойчивости, дрожаніе, головокруженіе дополняютъ картину и обычно остаются дольше, нежели бредовыя состоянія. Послѣднія продолжаются часы, самое большое нѣсколько недѣль. Однако и болѣе хроническіе симптомы обычно проходятъ самое позднее, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Послѣ наиболѣе сильныхъ возбужденій остается обычно амнезія. Очень тяжелый испугъ иногда можетъ даже какъ будто подѣйствовать прямо смертельно.

Отличіе отъ истеріи заключается въ томъ, что здѣсь болѣзненныя явленія представляютъ лишь чрезмѣрно сильную, но качественно нормальную реакцію на испугавшее событіе, между тѣмъ, какъ истерія сама производитъ свои собственные симптомы. У истеричнаго имѣются основанія быть больнымъ и проявлять вполнѣ опредѣленные симптомы, у страдающаго неврозомъ испуга этого нѣтъ; на этомъ основано качественное отличіе, а главное не опредѣленно долгая продолжительность истерическихъ реакцій.

Выздоровленіе отъ невроза испуга наступаетъ съ теченіемъ времени при условіи покоя и успокаивающихъ мѣропріятій, усиленія вѣры больного въ себя и т. д.

О псевдо-деменціи послѣ несчастныхъ случаевъ смотри ниже.

b) Большинство психіатрическихъ больныхъ этой категоріи въ практикѣ мирнаго времени представляютъ картину травматическаго невроза,[2] который Kraepelin характеризуетъ какъ „депрессивное или ворчливое измѣненіе настроенія съ общей болѣзненностью, слабостью воли или всевозможными физическими отчасти общими нервными, отчасти мѣстными болѣзненными явленіями". Больные постоянно жалуются на затрудненіе въ мышленіи, плохую память, однако при объективномъ изслѣдованіи не удается обнаружить разстройствъ. Обнаруживается лишь замедленіе мышленія; если отъ больного потребовать даже малѣйшаго умственнаго или физическаго напряженія, быстро появляются невыносимые симптомы, которые отчасти наблюдаются въ прочемъ и внѣ этого: боли особенно головныя, но также въ другихъ мѣстахъ, серцебіеніе съ объективно частымъ пульсомъ. Въ виду этого больной боится приступить къ работѣ и — по крайней мѣрѣ пока онъ находится подъ наблюденіемъ — вообще избѣгаетъ

---

[1]) Stierlin. О психо-невропатическихъ послѣдствіяхъ у лицъ переживших катастрофу въ Courrières 10 марта 1906. Дисс. Цюрихъ 1909 или Monatschr. für Psych. u. Neur. Bd. XXV.

[2]) Къ сожалѣнію это выраженіе примѣняется также для обозначенія неврозовъ испуга, а Hamburger примѣняетъ его даже для обозначенія психогеннаго pavor nocturnus.

всякихъ движеній, такъ что обычно больные сидятъ безъ дѣла, ходятъ медленно и избѣгаютъ при этомъ не только напряженія, но и вообще всякаго сотрясенія. Въ тяжелыхъ случаяхъ больныхъ мучаетъ помимо всѣхъ вазомоторныхъ разстройствъ съ дермографизмомъ и головокруженіемъ включительно еще также безсонница, подтверждающаяся объективно.

Опыты съ непрерывнымъ счетомъ произведенные главнымъ образомъ въ Kraepelin'овской лабораторіи показали, что настоящаго повышенія утомляемости въ сущности говоря нѣтъ (въ отличіе отъ органическихъ мозговыхъ разстройствъ), но что значительная часть явленій объясняется пониженіемъ волевого напряженія; тѣ же результаты даетъ регистрація двигательныхъ актовъ.

Относительно дальнѣйшей многообразной симптоматологіи см. руководство травматическихъ болѣзней.

Травматическій неврозъ обычно тянется довольно долго или же прямо неизлечимъ, если только не удается покончить дѣло по возможности полученіемъ единовременной суммы.

c) **Сутяги** (пенсіонные). Отдѣльныя лица изъ числа пострадавшихъ при несчастіи ведутъ активную борьбу за вознагражденіе; они чувствуютъ себя не только несчастными, но считаютъ также себя несправедливо обиженными и борются съ этимъ не только путемъ преувеличенія и симмуляціи, но также тѣмъ, что не признаютъ судебныхъ рѣшеній и подаютъ постоянныя заявленія, которыя они въ концѣ концовъ заполняютъ оскорбленіями и жалобами.

Этого рода сутяжничество неизлечимо до тѣхъ поръ пока еще есть надежда получить вознагражденіе, если же оно тянется болѣе продолжительное время, то и виды на выздоровленіе по окончаніи судебнаго дѣла становятся все меньше, особенно принимая во вниманіе параноидный характеръ этихъ больныхъ. Тѣмъ важнѣе профилактика.

d) **Травматическую истерію** можно описать въ рамкахъ обыкновенной истеріи; нѣкоторыя особенности соотвѣтственно происхожденію болѣзни не имѣютъ принципіальнаго значенія.

Наше пониманіе травматическихъ неврозовъ. За исключеніемъ невроза испуга эти болѣзни возникаютъ главнымъ образомъ на почвѣ борьбы за пенсію. Такое же значеніе имѣетъ иногда теперешній страхъ (большею частью безсознательный) итти на фронтъ. Въ мирное время на первомъ планѣ въ травматическомъ неврозѣ стоитъ опасеніе болѣзни и неработоспособности, что до нѣкоторой степени можетъ быть компенсированно пенсіей или единовременнымъ вознагражденіемъ: „если я выздоровѣю, вознагражденіе отпадетъ, кромѣ того болѣзнь можетъ опять возобновиться; вѣдь она очень тяжелая". Такимъ образомъ происходитъ постоянное самонаблюденіе и не желаніе напрягать свою волю и дѣлать попытки вернуть себѣ работоспособность.

Между тѣмъ мнительное напряженіе вниманія сравнительно легко вызываетъ извѣстныя группы парэстезій, особенно головную боль, сердечные симптомы, безсонницу. Мнительная боязнь малѣйшаго напряженія воли ведетъ къ потерѣ энергіи и затрудненію въ мышленіи. Такимъ образомъ картина болѣзни, сравнительно однообраз-

ная въ своихъ основныхъ чертахъ, становится легко понятной. У сутягъ (пенсіонныхъ) на первомъ планѣ стоягъ корыстныя представленія: больной такъ былъ счастливъ „своимъ несчастіемъ“ а тутъ у него вдругъ отнимаютъ законно заработанное имущество. Этимъ объясняется реакція. Тѣмъ кто еще нуждался въ доказательствахъ правильности этого пониманія, война съ ея чудовищнымъ массовымъ экспериментомъ доказала это самымъ неопровержимымъ образомъ. Мы знали и раньше, что безъ „выигрыша отъ болѣзни“ и травма не производитъ невроза; что даже пораненіе въ родѣ перелома костей вызываетъ у получателя пенсіи болѣе продолжительную неработоспособность, чѣмъ у другихъ людей; что тамъ, гдѣ болѣзнь не вознаграждается никакой пенсіей (при другомъ законодательствѣ, у не застрахованныхъ, при стихійныхъ катастрофахъ, при раненіяхъ отъ дуэлей или спорта) никакихъ намековъ не бываетъ на травматическій неврозъ, и что тамъ гдѣ принято кончать дѣло единовременнымъ вознагражденіемъ, болѣзнь тянется только до момента полученія денегъ. На войнѣ, когда больного манитъ не только пенсія, но и освобожденіе отъ ужаса фронта, обнаружилось на громадномъ матеріалѣ, что тяжелое пораненіе, которое само по себѣ освобождаетъ отъ службы и даетъ право на пенсію, не вызываетъ никакого невроза, и что плѣнные, за немногими легко объяснимыми исключеніями, не заболѣваютъ неврозомъ. Характерно также что суггестивные моменты даютъ выздоровленіе (а иногда и ухудшеніе).

Конечно кромѣ пенсіи и страха фронта могутъ быть и другіе мотивы для травматическаго невроза, однако при теперешнемъ законодательствѣ они по нѣкоторымъ основаніямъ отступаютъ на задній планъ. Всѣ тѣ выигрыши отъ болѣзни на почвѣ которыхъ возникаютъ другіе неврозы, могутъ и тутъ иногда играть роль, однако пострадавшій можетъ быть особенно заинтересованъ въ томъ, чтобы показать напр. какое несчастіе устроилъ тотъ, кто причинилъ поврежденіе и т. д.

Въ пенсіонной истеріи нужно кромѣ корыстныхъ представленій допустить еще существованіе другихъ причинъ или въ видѣ предрасположенія къ истерическимъ проявленіямъ или въ видѣ моментовъ, основанныхъ на характерѣ травмы, такъ напр. испугъ вызываетъ наклонность къ дрожи.

Всѣ три формы одинаково должны боятся работать, такъ какъ изъ за этого имъ могутъ уменьшить пенсію. Это явленіе настолько постоянно, что, если травматикъ серьезно пробуетъ взяться за работу и работаетъ столько сколько обстоятельства позволяютъ, должно возникнуть подозрѣніе, что въ данномъ случаѣ имѣется органическое разстройство или по меньшей мѣрѣ осложненіе невроза какимъ нибудь другимъ страданіемъ, особенно поврежденіемъ мозга.

Статистическія данныя о частотѣ травматическихъ неврозовъ очень разнорѣчивы. Повидимому они появляются въ одномъ или двухъ процентахъ всѣхъ несчастій, дающихъ право на вознагражденіе. Родъ несчастія не играетъ большой роли, хотя травмы головы по понятнымъ основаніямъ чаще всего ведутъ къ неврозу. Существеннымъ моментомъ является складъ организма, заставляющій больного избѣгать напряженія воли и вести жизнь паразита; часто

окружающіе систематически поддерживаютъ корыстное представленіе особенно жена (ср. характерную народную сказку о рыбакѣ и его женѣ).

Къ сожалѣнію нерѣдко главной причиной болѣзни является промахъ врача, особенно того, которому больной попалъ впервые послѣ несчастнаго случая. Когда врачъ, вмѣсто того чтобы всячески поддержать больного положительнымъ внушеніемъ начинаетъ выражать сожалѣніе, смотритъ на болѣзнь въ серьезъ, рисуетъ возможность серьезныхъ послѣдствій, продолжительнаго теченія, слишкомъ много „лечитъ", безъ нужды совѣтуетъ бросить работу, даетъ понять, что въ будущемъ могутъ обнаружиться еще болѣе тяжелыя послѣдствія и т. д.—тогда нечего удивляться, что развивается „іатрогенный" неврозъ или психозъ. Не совѣтую также давать неопредѣленныя указанія „щадить себя" и т. п. это и въ другихъ болѣзняхъ часто на долго задерживаетъ выздоровленіе. Если нуженъ отдыхъ, его нужно, какъ всякое другое средство точно дозировать.

Еще хуже дѣйствуютъ кассы и ихъ контрольные органы, которыя не упускаютъ случая зря огорчать и раздражать больныхъ, издаютъ нелѣпыя распоряженія въ родѣ того напр. что больной не имѣетъ право работать, пока онъ получаетъ пособіе. Наоборотъ очень хорошо, когда больной посредствомъ работы зарабатываетъ еще кое что въ добавокъ къ пенсіи и этимъ улучшаетъ свое положеніе сравнительно со здоровымъ періодомъ. Часто лишь ненужное сутяжничество отвѣтчиковъ вгоняетъ потерпѣвшихъ въ болѣзнь. Наилучшіе результаты даетъ въ общемъ возможно скорое, рѣшительное и великодушное окончаніе дѣла единовременнымъ вознагражденіемъ. Однако говорятъ, что того же можно достигнуть и діаметрально противоположнымъ путемъ — безъ апеляціоннымъ непризнаніемъ права на вознагражденіе. Съ психологической точки зрѣнія оба эти методы конечно одинаковы, такъ какъ они оба уничтожаютъ корыстное представленіе. Для больныхъ дѣйствительно пострадавшихъ, въ Швейцаріи съ успѣхомъ примѣняется система „пособія для поправки" на нѣсколько мѣсяцевъ или ежегодно разъ, однако это должно носить характеръ окончательного рѣшенія дѣла.

Хотя патологія травматическихъ неврозовъ ясна, однако не легко въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшить всѣ вопросы касающіеся діагноза, экспертизы и леченія. Положеніе часто сильно осложняется законами, постановленіями кассъ, вліяніемъ хорошихъ и дурныхъ совѣтчиковъ и многими другими моментами. Всякій врачъ обязанъ изучить всѣ эти данныя по спеціальнымъ учебникамъ и на спеціальныхъ курсахъ.

Тамъ гдѣ у больного желаніе работать преодолѣваетъ препятствія еще до окончательнаго выясненія результатовъ иска, требуется искусное руководство при возобновленіи работы. Иногда лучше сначала посовѣтовать больному заняться новымъ дѣломъ; если онъ тутъ послѣ долгаго бездѣлія отстаетъ въ работѣ отъ другихъ или быстро утомляется, онъ легко это понимаетъ и не огорчается, и тогда въ дальнѣйшемъ само собой является охота взяться за ту работу къ которой больной привыкъ.

F. Психогенное душевное разстройство тюремныхъ заключенныхъ.

Тюремное заключеніе конечно выявляетъ нѣкоторыя душевныя болѣзни, главнымъ образомъ dementia praec x. Нѣкоторыя болѣзни непосредственно вызываются заключеніемъ, такъ напр бѣлая горячка при существующемъ алкоголизмѣ; другія лишь въ тюрьмѣ распознаются или лишь тамъ становятся явными, какъ напр. прогрессивный параличъ; при этомъ связь между тюрьмой и психозомъ можетъ заключаться самое большее въ томъ, что скрытый психозъ привелъ къ преступленію или къ тому, что преступникъ попался, а затѣмъ въ тюрьмѣ уже психозъ становится явнымъ.

На ряду съ этимъ имѣются опредѣленные синдромы, которые вызываются непосредственно тюремнымъ заключеніемъ и въ своемъ теченіи и симптомахъ носятъ на себѣ отпечатокъ этого происхожденія. Ясно, что они возникаютъ на почвѣ опредѣленной конституціи, которая однако можетъ быть весьма различной. Эти синдромы могутъ въ зависимости отъ психической констеляціи возникнуть при нѣкоторыхъ психопатіяхъ и въ опредѣленно хроническихъ душевныхъ болѣзняхъ (главнымъ образомъ шизофренія, затѣмъ эпилепсія, а также и др.). Констеляція между прочимъ сильно зависитъ отъ общаго положенія въ тюрьмѣ. Тѣ синдромы, которые симулируютъ острую душевную болѣзнь, какъ напр. Ganser'овскій комплексъ и пуэрилизмъ являются конечно прежде всего болѣзнями предварительнаго заключенія. Хроническія состоянія развиваются больше на почвѣ заключенія, отбываемаго въ видѣ наказанія по приговору.

Трудно еще описать всѣ эти формы. Отмѣтить нужно слѣдующія:

a) b) c) **Преувеличенная аффективная реакція на тюремное заключеніе.** Она возникаетъ, большею частью, вскорѣ послѣ задержанія, часто въ первые же часы, однако можетъ возникнуть и послѣ долгаго заключенія частью въ качествѣ взрыва постепенно накопленнаго гнѣва, частью по поводу какого либо раздраженія. Она выражается особенно часто въ приступѣ ярости и брани, слѣпымъ ломаніемъ всего (Zuchthausknall) или же въ видѣ тоскливой **депрессіи** съ неясными идеями грѣховности и преслѣдованія. Эти состоянія обычно скоро проходятъ, тюремное буйство проходитъ черезъ нѣсколько часовъ. — Дольше тянется и развивается иногда лишь послѣ болѣе долгаго сидѣнія въ тюрьмѣ аффективное разстройство въ видѣ ступора носящаго истериформный характеръ.

d) Точно также развивается преимущественно въ предварительномъ заключеніи Ganser'овское сумеречное состояніе (см. истерію). Психологически оно представляетъ безсознательно проведенную симуляцію душевной болѣзни.

Такой же симуляціей, но нѣсколько въ другомъ родѣ, является болѣе рѣдкій **пуэрилизмъ**[1]) симулирующій дѣтское слабоуміе; еще рѣже **дурачливый синдромъ** (Faxensyndrom[2]) имитирующій „дурака" въ простонародномъ представленіи.

e) Если сидѣніе въ тюрьмѣ продолжается дольше, мы имѣемъ въ качествѣ реакціи на непріятное положеніе сначала **психогенное измѣненіе настроенія и состоянія возбужденія,** затѣмъ

f) **сутяжничество** съ болѣе или менѣе выраженными бредовыми идеями, когда больной считаетъ себя несправедливо обиженнымъ и реагируетъ на это всякими возможными и невозможными заявленіями и протестами, а иногда и насиліемъ.

g) Наиболѣе частымъ синдромомъ при болѣе долгомъ заключеніи является **тюремный комплексъ,** возникающій одинаково на почвѣ разныхъ конституцій: больные постепенно или въ внезапномъ просвѣтленіи съ галлюцинаціями и безъ нихъ убѣждаются, что они не виновны[3]), оправданы или помилованы.

Такъ какъ въ дѣйствительности ихъ не освобождаютъ, развиваются идеи преслѣдованія по отношенію къ окружающимъ, прокурору, къ судамъ. Бредъ

---

[1]) Straeussler. Матеріалы къ изученію истерическаго сумеречнаго состоянія. Своеобразная форма протекающая подъ видомъ психическаго „пуэрилизма". Jahrbücher für Psych. u Neurologie. 32. Bd. Стр. 1. Deuticke, Leipzig und Wien 1911.

[2]) Bleuler. Das Faxensyndrom. Psychiatr.-neurol. Wochenschrift. 12 Jahrgang, 1910/11 Стр. 375.

[3]) Да и вообще преступленіе или осужденіе въ послѣдствіи часто совершенно вытѣсняется изъ памяти.

получаетъ яркость непосредственнаго воспріятія благодаря галлюцинаціямъ разныхъ чувствъ, особенно слуха, поражающе часто обоняиія (въ камеру напускаютъ ядовитые газы) и вкуса. Поддерживается бредъ также обманами памяти и тѣмъ, что больной видитъ во снѣ тяжелыя истязанія, которыя онъ считаетъ дѣйствительными. Степень участія обоихъ составныхъ моментовъ преслѣдованія и освобожденія можетъ быть весьма различна; въ одномъ случаѣ преобладаетъ одинъ бредъ, въ другомъ другой. Весь синдромъ очень походитъ на параноидъ и, лишь благодаря исходу, удается его распознать точно. Обычно онъ проходитъ послѣ освобожденія изъ тюрьмы или перевода въ психіатрическую больницу; все же я разъ видѣлъ, какъ у одного преступника имбецилла развился тотъ же самый комплексъ въ психіатрической больницѣ и остался тамъ до сихъ поръ т. е. въ теченіе многихъ лѣтъ въ стаціонарномъ состояніи.

На ряду съ тюремнымъ сутяжничествомъ Kraepelin приводитъ, въ качествѣ тюремнаго психоза, „бредъ преслѣдованія съ мѣстной окраской“ (обычно съ галлюцинаціями) и такъ наз. **„предстарческій бредъ помилованія“** (Rüeda), который до сихъ поръ наблюдался только у пожизненно заключенныхъ послѣ долгаго сидѣнія въ тюрьмѣ Ввиду того, что къ первому обычно присоединяются идеи освобожденія, а ко второму идеи преслѣдованія можно считать оба состоянія варіантами тюремнаго комплекса на почвѣ различныхъ обстоятельствъ, а можетъ быть и конституціи. Предстарческій бредъ помилованія неизлечимъ.

Между предстарческимъ бредомъ помилованія и истерическими сумеречными состояніями Kraepelin вставилъ **тюремное помѣшательство,** которое онъ хочетъ отдѣлить отъ другихъ „тюремныхъ психозовъ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ“. Оно наступаетъ вскорѣ послѣ задержанія, обнаруживаетъ смѣсь депрессивныхъ идей и идей величія (не фиксированныхъ) и легкое разстройство сознанія. Оно проходитъ послѣ выписки или перевода въ психіатрическую больницу.

Леченіе. Общая профилактика заключается конечно въ устраненіи, по возможности конфликтовъ и въ ограиниченіи одиночнаго заключенія; частная — въ необходимости понимать положеніе и особенности заключенныхъ, которые собственно говоря всѣ болѣе или менѣе психопаты. Явные психозы проходятъ поскольку это не обостреніе существующаго хроническаго состоянія, въ наиболѣе острыхъ формахъ выздоровленіе наступаетъ во всякомъ случаѣ, если перевести въ лучшую обстановку, гдѣ больше считаются съ болѣзнью, чѣмъ съ наказаніемъ (психіатрическая больница). Психозы предварительнаго слѣдствія, преслѣдующіе (безсознательно) цѣль добиться оправданія или прекращенія дѣла путемъ признанія душевной болѣзни, конечно не легко проходятъ, пока тянется слѣдствіе. При специфическихъ болѣзняхъ пожизненно заключенныхъ отсутствуетъ наиболѣе важное условіе для леченія.

G. Сутяжный бредъ.

Сутяжный бредъ представляетъ прежде всего синдромъ, встрѣчающійся въ различныхъ болѣзняхъ (при шизофреніи, маніакально депрессивномъ психозѣ, нѣкоторыхъ ненормальныхъ складахъ характера, а также — таково наше мнѣніе — при паранoѣ) Когда упоминается „сутяжный бредъ“ просто, тогда подразумѣвается обычно тотъ бредъ, который до сихъ поръ назывался паранояльнымъ. Хотя онъ и представляетъ нѣкоторыя особенности по сравненію съ другими формами паранои, однако я предпочитаю придерживаться прежняго Kraepelin'овскаго дѣленія и причисляю его къ паранoѣ не только ввиду внутренней связи между ними, но также во избѣжаніе повтореній при описаніи тѣхъ довольно многочисленныхъ общихъ чертъ, которыя имѣютъ эти двѣ группы болѣзней.

XIII. Истерія.[1]

Истерическій симптомокомплексъ является наиболѣе важной изъ всѣхъ психогенныхъ формъ реакцій. Характерны для него съ одной стороны психическія разстройства въ родѣ суме-

[1] См выше въ главѣ о неврозахъ. Болѣе подробное изложеніе истеріи см. особенно Lewandowsky, Истерія. Berlin. Springer 1914. Богатую симптоматологію и обсужденіе стараго соматическаго пониманія болѣзни см. Binswanger истерія. Wien Hölder 1904.

речныхъ состоянiй, съ другой стороны такъ называемые физическiе симптомы: параличи, контрактуры, анэстезiи, гиперэстезiи, отсутствiе небнаго рефлекса („stigmata"), затѣмъ синдромъ смѣшаннаго типа: истерическiе припадки съ сонливостью включительно. Общимъ симптомомъ и для истерическаго симптомокомплекса и для („псевдо") неврастенiй являются парэстезiи и патологическое воздѣйствiе на растительные органы съ сосудодвигателями включительно.

На первый взглядъ кажется, что психическiе и физическiе симптомы истерiи напр. контрактура и сумеречное состоянiе какъ будто лишены внутренней связи. Однако, общее опредѣленiе болѣзни съ точными границами можно построить только на всѣхъ вышеуказанныхъ симптомокомплексахъ вмѣстѣ взятыхъ, ибо они всѣ возникаютъ на основѣ однѣхъ и тѣхъ же реакцiй у людей одного и того же склада; правда психическiе симптомы могутъ наблюдаться въ изолированномъ видѣ, зато физическiе почти всегда сопровождаются явленiями психическаго порядка, хотя-бы въ зачаточномъ состоянiи.

Истерическiй симптомокомплексъ используетъ механизмы, имѣющiеся у каждаго человѣка; нужно допустить поэтому (фактически это наблюдается на войнѣ довольно часто), что и у здороваго человѣка можетъ появиться иногда истерическiй синдромъ на почвѣ очень сильнаго или очень длительнаго воздѣйствiя патогенной обстановки („Всякiй человѣкъ до нѣкоторой степени истериченъ можно сказать". Moebius). Синдромъ этотъ можетъ возникнуть на основѣ самыхъ различныхъ конституцiй, онъ поэтому охотно осложняетъ и сопровождаетъ многiя другiя болѣзни, главнымъ образомъ органическiя страданiя нервной системы, эпилепсiю, шизофренiю. Самостоятельная болѣзнь „истерiя" есть ничто иное, какъ истерическiй симптомокомплексъ, возникшiй на почвѣ конституцiи, не являющейся болѣзнью sui generis.

Физическiе симптомы. Въ симптоматологiи истерiи равно какъ и другихъ неврозовъ выраженiе „физическiй" имѣетъ не то значенiе, какъ въ другихъ случаяхъ. Въ истерической анэстезiи мы имѣемъ дѣло съ выключенiемъ притекающихъ раздраженiй не изъ психики но изъ сознанiя даннаго момента (вродѣ того напр., что когда мы сосредоточиваемъ вниманiе на одномъ явленiи, мы не воспринимаемъ другого), а измѣненныя функцiи органовъ представляютъ результатъ психическаго воздѣйствiя на нихъ въ родѣ того, какъ боль вызываетъ слезы, стыдъ покраснѣнiе, страхъ можетъ возбудить дѣятельность кишечника, т. е. мы имѣемъ дѣло съ явленiями, которыя въ другихъ случаяхъ считаются психическими; лучше всего называть ихъ „психогенными физическими симптомами".

Charcot и его школа думали, что извѣстные физическiе симптомы, особенно анэстезiи, отсутствiе небнаго рефлекса представляютъ собою постоянные симптомы истерiи (а не истерическаго склада), и назвали ихъ поэтому „stigmata" истерiи, при этомъ они исходили изъ того, что по этимъ стигмамъ можно узнавать истерiю, даже если не имѣется другихъ симптомовъ. Да и въ Германiи имѣются еще авторы, исключающiе истерiю, если отсутствуютъ stigmata. Это несомнѣнно невѣрно. Кто при изслѣдованiи остороженъ и старается не внушить ничего больному, тотъ рѣдко обнаружитъ stigmata; однако наличность психогенныхъ анэстезiй несомнѣнно свидѣтельствуетъ о большой самовнушаемости и тѣмъ самымъ дѣлаетъ возможнымъ или вѣроятнымъ существованiе другихъ психогенныхъ симптомовъ. — Употребляется еще выраженiе „психическiя stigmata"; подъ этимъ понимаютъ психическiя особенности, ведущiя къ истерiи, особенно аффективную не-

устойчивость; это конечно имѣло бы большій смыслъ, если бы мы только были въ состояніи отграничить въ дѣйствительности предрасположеніе къ истеріи отъ другихъ нервныхъ конституцій.

Доказательствомъ психическаго происхожденія ан- и гиперэстезій является то обстоятельство, что границы ихъ соотвѣтствуютъ тому представленію объ анатоміи, которое больной имѣетъ. Кисть, предплечье, цѣлая сторона съ точной границей по средней линіи теряетъ чувствительность; обычно это не влечетъ за собой тѣхъ послѣдствій, которыя наблюдаются при органической анэстезіи: несмотря на анальгезію и анэстезію кисти, больные могутъ выполнять тонкія работы; въ противоположность болѣзни Morvan'a здѣсь не появляются съ такой легкостью всевозможныя пораненія и поврежденія; потеря кинэстетическаго чувства здѣсь не вызываетъ апраксіи, больные часто даже вовсе не знаютъ, что у нихъ разстроена чувствительность, и лишь врачебное изслѣдованіе открываетъ имъ это (исключеніе составляютъ тѣ случаи, гдѣ анэстезія соотвѣтствуетъ опредѣленной цѣли, какъ напр. нѣкоторыя травматическія формы). Другія слѣдствія раздраженія нечувствительныхъ участковъ бываютъ весьма различны: болевая реакція зрачковъ большей частью сохраняется, рефлекторныя колебанія кровяного давленія могутъ отсутствовать, какъ будто и шокъ при рѣзкомъ раздраженіи анэстетическихъ брюшныхъ органовъ можетъ отсутствовать; при анальгезіи часто наблюдается недостаточная кровоточивость при мелкихъ пораненіяхъ и повышеніе гальваническаго сопротивленія кожи; зато кожные рефлексы большею частью не страдаютъ, особенно рефлексы, неподчиненные волѣ, напр. cremaster. Рефлексы со слизистыхъ оболочекъ носятъ различный характеръ (при изслѣдованіи глоточнаго рефлекса результатъ — и у здороваго и у психогеннаго больного — зависитъ столько же отъ способа изслѣдованія сколько и отъ рода реагированія изслѣдуемаго). Послѣ всего вышесказаннаго понятно, что симптомы подъ вліяніемъ психическихъ воздѣйствій легко колеблются въ смыслѣ силы и распространенности.

Анэстезія можетъ задѣть различные виды чувствъ (осязаніе, тепло, боль, зрѣніе, вкусъ и т. д.), изрѣдка всѣ вмѣстѣ. Наряду съ амаврозомъ — большею частью на одинъ глазъ и съ сохраненіемъ реакціи зрачка — наблюдается и слѣпота на цвѣта или выпаденіе цвѣтовъ. Характернымъ признакомъ психогеннаго происхожденія является „трубкообразное поле зрѣнія“, площадь котораго съ разстояніемъ не увеличивается. Слухъ, повидимому, поражается рѣже всего. Если само изслѣдованіе не внушаетъ больному опредѣленныхъ границъ, обычно истерическія разстройства чувствительности очень колеблются въ смыслѣ интенсивности и границъ, стоитъ только варіировать изслѣдованія (отвлеченіе вниманія, внушеніе въ различныхъ комбинаціяхъ).

Мѣстныя гиперэстезіи не требуютъ особаго описанія. Отмѣтить нужно лишь общую болѣзненность при движеніяхъ (akinesia algera Moebius'a [см. неврозъ ожиданія], clavus, torticollis hystericus, невральгіи, vaginismus, зудъ и т. д.). Часть болей, какъ напр. при вагинизмѣ можно все же объяснить какими то судорожными состояніями, такъ напр. globus hystericus, ощущеніе комка, подкатывающагося изъ живота

къ горлу. Болевыя точки Valley можно, подобно истерическимъ зонамъ, внушить больнымъ. Знаменитая ovarie представляетъ явный продуктъ врачебнаго внушенія.

Сухожильные рефлексы, большею частью, повышены, если только они не понижены вслѣдствіе случайныхъ моментовъ, какъ напр. ступоръ, разслабленіе ногъ на почвѣ продолжительныхъ параличей и т. д. Реакція зрачковъ обычно нормальна (однако попадаются рѣдкія не совсѣмъ понятныя исключенія; суженные неподвижные зрачки объясняются, повидимому, спазмомъ аккомодаціи).

Рефлексы съ кожи и слизистыхъ оболочекъ чрезвычайно измѣнчивы. На нечувствительныхъ мѣстахъ далеко не всегда рефлексы отсутствуютъ.

Изъ двигательныхъ симптомовъ нужно отмѣтить парезы, параличи и контрактуры. Понятно параличи наблюдаются въ мышечныхъ группахъ, связанныхъ психически, а не анатомически, такъ въ частяхъ конечностей, особенно въ опредѣленныхъ функціяхъ (астазія , абазія, параличъ глотанія). Разстройства рѣчи (заиканіе) рѣдки за исключеніемъ афоній; чаще попадаются всевозможные тики.

Изъ функцій органовъ особенно часто и сильно поражаются симпатическія и сосудо-двигательныя (сердце!). Возможно, что бываютъ и трофическія разстройства: образованіе волдырей, пузырьковъ и кровоизліяній (стигматизированные); во всякомъ случаѣ наблюдается психогенная лихорадка, что между прочимъ доказываетъ наблюденіе спеціалистовъ по легочнымъ болѣзнямъ, когда они впрыскиваютъ дестилированную воду, которую больные считаютъ туберкулиномъ.

Со стороны желудочно-кишечнаго канала излюбленными симптомами являются наряду съ globus'омъ anorexia и рвота, однако и любая другая функція можетъ быть поражена.

Lewandowsky выдѣляетъ подъ названіемъ истерофильныхъ заболѣваній синдромы, которые наблюдаются въ качествѣ самостоятельныхъ болѣзней не психогеннаго происхожденія, но могутъ возникнуть и психогеннымъ путемъ, напр. мигрень, эпилептиформные приступы, астма, enteritis membranacea, профессіональныя судороги.

Въ области чисто психической отмѣтимъ сначала постоянные симптомы (по существу ихъ нужно отнести на счетъ общаго предрасположенія, однако явная истерія ихъ значительно усиливаетъ): неустойчивость аффектовъ, капризныя смѣны настроенія, моментальныя реакціи во всѣхъ отношеніяхъ съ чрезмѣрными взрывами аффектовъ во всевозожныхъ направленіяхъ; нѣкоторые авторы говорятъ объ истерическомъ недовѣріи, однако я его что то не видѣлъ, хотя понятно, что больные легко чувствуютъ себя обиженными или обойденными. Взрывы аффектовъ носятъ, большею частью, театральный характеръ; получается впечатлѣніе, что настоящая сила аффекта не соотвѣтствуетъ затраченнымъ крикамъ и слезамъ. Самоубійство, которымъ многіе грозятъ по всевозможнымъ поводамъ, часто инсценируется, но рѣдко выполняется. „Въ истеріи мы не видимъ настоящаго бѣшенства, она удовлетворяется попыткой разбить нѣсколько горшковъ и отодрать противницу за волосы. Истерическая тоска никогда

не носитъ того глубокаго и безсловеснаго характера, который она имѣетъ у многихъ меланхоликовъ" (Lewandowsky). Судорожный плачъ и смѣхъ безъ всякой мотивировки встрѣчаются не рѣдко. Стоитъ отмѣтить, какъ легко въ общемъ истеричный переноситъ свои „страданія". На многихъ видно что роль больныхъ имъ прямо нравится. Это можетъ дойти до того, что имъ начинаетъ хотѣться получить настоящую болѣзнь[1]). Они сами себѣ наносятъ поврежденія или подвергаютъ себя кастраціи и ампутаціи (furor operatorius passivus). Въ извѣстной констелляціи истеричные могутъ становиться временно или длительно равнодушными, безчувственными, какъ бы впасть въ аффективный торпоръ.

Всѣмъ извѣстна внушаемость истеричныхъ. Было время, однако, когда считали, что эти больные особенно недоступны посторроннимъ внушеніямъ, зато отличаются особенной самовнушаемостью. Истина заключается въ томъ, что эти больные обладаютъ одинаково сильной положительной и отрицательной внушаемостью.

Вниманіе соотвѣтственно аффективной сферѣ очень измѣнчиво. Въ тяжелыхъ случаяхъ больнымъ трудно сосредоточиться. Вообще же говоря, вниманіе зависитъ, главнымъ образомъ, отъ интереса; оно можетъ быть превосходнымъ и очень плохимъ, глядя по обстоятельствамъ.

Память легко искажается на почвѣ аффективности; нерѣдкая комбинація истеріи и pseudologia phantastica вноситъ въ болѣзнь болѣе сильное разстройство этого рода. Функція памяти страдаетъ отъ „разсѣянности", какъ во время воспріятія, такъ и во время воспроизведенія. Затѣмъ не рѣдко остаются амнезіи: послѣ сильныхъ возбужденій иногда, послѣ сумеречнаго состоянія, какъ правило.

Интеллектъ можетъ быть хорошимъ или плохимъ, однако сужденіе часто омрачается аффектами.

Половая сфера у истеричныхъ еще менѣе поддается опредѣленію, чѣмъ у другихъ людей. Мы видимъ всѣ крайности, особенно среди истеричекъ мы наблюдаемъ у многихъ coitus frigidus или даже отрицательное отношеніе, между тѣмъ психически онѣ могутъ быть очень впечатлительными въ половомъ отношеніи.

Симптомы, появляющіеся приступами, обыкновенно присоединяются къ какому нибудь аффективному событію. Сюда относятся также и физическія поврежденія, особенно несчастные случаи, дающіе право на вознагражденіе. Въ истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ, которыя всѣ являются цѣлевыми психозами, больные въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ воображаютъ себя въ совершенно другой обстановкѣ, въ пустынѣ, на небѣ, переживаютъ замѣчательныя приключенія, ихъ увозятъ разбойники, или они возносятся на небо въ блаженномъ чувствѣ экстаза и т. д. Часто воспроизводятся дѣйствительно пережитыя волнующія сцены, половыя покушенія и т. д. Въ другихъ сумеречныхъ состояніяхъ исполняется желаніе, невыполнимое въ жизни, или они, по крайней мѣрѣ выключаютъ большую непріятность со всѣмъ тѣмъ, что съ ней связано. Попадаются какъ будто и сумеречныя состо-

[1]) „Симулянтъ хочетъ казаться больнымъ, истеричный хочетъ быть больнымъ".

янія съ безсвязной спутанностью. Во всякомъ случаѣ бываютъ устрашающія галлюцинаторныя состоянія со всевозможными страшными чудовищами и звѣриными образами, въ которыхъ не легко усмотрѣть какую либо логическую связь.

Сплошная на видъ безсмыслица продуцируется при Ganser'овскомъ синдромѣ, смысломъ котораго является разыгрываніе психоза съ цѣлью —что не рѣдко наблюдатель легко можетъ увидѣть—избѣжать наказанія или, по крайней мѣрѣ, суроваго приговора. Больные систематически все дѣлаютъ шиворотъ на выворотъ, пробуютъ вставлять ключъ бородкой кверху или кольцомъ впередъ; если ключъ въ замочномъ отверстіи, они его поворачиваютъ не туда, куда надо; пробуютъ зажечь спичку деревянной стороной или о всѣ мѣста коробки, только не тамъ, гдѣ надо; на вопросъ, сколько будетъ 2×3, отвѣчаютъ 5 или 7, или вообще называютъ любое число ниже 10, но не настоящее. На часахъ читаютъ, вмѣсто 12, 6, вмѣсто 9, 3; говорятъ, что у нихъ два носа и т. д. Родственное Ganser'овскому синдрому явленіе представляетъ истерическій „пуэрилизмъ“ [1]), когда больной нѣсколько непослѣдовательно разыгрываетъ роль маленькаго ребенка; это можетъ продолжаться недѣлями. Больной называетъ себя Ваничкой, говоритъ неопредѣленными наклоненіями или вовсе не говоритъ, считаетъ деньги безпомощно, невѣрно, въ лучшемъ случаѣ по количеству монетъ, а не по ихъ достоинству; рисуетъ дѣтскія фигурки, цѣлый день играетъ, какъ маленькій ребенокъ, отвлекается всякими пустяками, ищетъ маму; иногда говоритъ, что ему только 12 лѣтъ и т. д. Вмѣстѣ съ тѣмъ однако онъ дѣлаетъ неправильно и наоборотъ многое, что ребенокъ понялъ бы вѣрно, не узнаетъ своихъ родственниковъ, проявляетъ совершенно недостаточный притокъ ассоціацій; при этомъ можетъ быть анальгезія включительно съ потерей рефлекса роговицы. Синдромъ этотъ до сихъ поръ описанъ исключительно у подвергнутыхъ наказанію солдатъ.

Псевдо-деменція [2]) Wernicke симптоматологически представляетъ однородное явленіе, хотя по причинамъ внѣшняго свойства она имѣетъ на половину, а то и даже совсѣмъ хроническое теченіе. Больные, большею частью, потерпѣвшіе отъ несчастныхъ случаевъ, изображаютъ слабоуміе; они не могутъ дать отвѣта на самые простые вопросы, рѣдко говорятъ вздоръ, однако ничего не знаютъ, чувствуютъ себя неувѣренно, пускаютъ въ ходъ дѣтскія отговорки, что дѣлаетъ ихъ похожими на органическихъ больныхъ. Числа они не знаютъ, потому что у нихъ нѣтъ календаря; на вопросъ, сколько будетъ 5 разъ 6, они могутъ просто соединить цифры 5 и 6 и сказать 56. Если имъ дать произнести рядъ словъ, они дѣлаютъ ошибки, перестановки, пропуски. С п о с о б н о с т ь з а п о м и н а н і я плоха. На ряду съ этимъ можно найти психогенныя анэстезіи и сосудодвигательныя явленія. Очень характерные результаты даетъ изслѣдованіе симптома Romberg'а: больные падаютъ, не пытаясь даже со-

---

[1]) Straussler матеріалы къ изученію истерическихъ сумеречныхъ состояній. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Leipzig u. Wien Deuticke 1911 стр. 1.

[2]) Scuppius Симптоматическая картина псевдодеменціи и ея значеніе для экспертизы. Ztschr. f. d. gesamte Neur. u. Psych. Orig. 1914, 22 стр. 554.

хранить равновѣсіе. Настроеніе, большею частью, тупое, подавленное. Выздоровленія не наблюдается, или же его надо очень долго ждать. За время войны съ накопленіемъ травматическихъ формъ во всевозможныхъ разновидностяхъ и комбинаціяхъ, названіе псевдодеменціи распространили на всѣ тѣ состоянія, гдѣ наряду съ очерченными симптомами наблюдаются также симптомы Ganser'овскіе, апрактическіе психическаго происхожденія и разные другіе психогенные симптомы. Характернымъ для всѣхъ этихъ состояній является, помимо измѣнчивости картины, выпаденіе изъ памяти элементарныхъ знаній и опыта, которые въ органическихъ разстройствахъ не погибаютъ.

Наблюдаются при истеріи также сумеречныя состоянія съ сохраненной оріентировкой. Они иногда тянутся довольно долго, даже мѣсяцами. Характеръ больныхъ мѣняется. Въ дѣйствіяхъ ихъ, правда, виденъ какой то планъ (напр., они воруютъ, путешествуютъ, сюда же относятся многія fugues), однако они не считаются съ будущимъ и часто впадаютъ въ противорѣчіе со своимъ прежнимъ характеромъ. При этомъ поведеніе ихъ внѣшне правильно, они правильно оцѣниваютъ обстановку въ ея элементарныхъ соотношеніяхъ и поэтому не всегда производятъ впечатлѣніе больныхъ. Въ этихъ состояніяхъ, равно какъ и въ сумеречныхъ состояніяхъ съ неяснымъ сознаніемъ, больные могутъ совершать кражи, поджоги и т. п. преступленія.

Прелюдіей къ всевозможнымъ истерическимъ сумеречнымъ состояніямъ часто являются измѣненіе настроенія, продолжающееся часами; сами же состоянія тянутся минуты и даже дни, рѣдко дольше. Обычно послѣ нихъ остается полная амнезія.

Вслѣдъ за сумеречными состояніями или же самостоятельно наблюдаются ступорозныя состоянія иногда связанныя съ flexibilitas cerea. Затѣмъ мы наблюдаемъ сонныя состоянія, продолжительностью отъ нѣсколькихъ секундъ до нѣсколькихъ лѣтъ („нарколопсія“, если она развивается внезапно и тянется недолго, такіе приступы могутъ однако носить другой характеръ, напр. эпилептическій). Наблюдаются при истеріи также реактивныя депрессіи, однако онѣ тянутся тутъ недолго (дни, недѣли), затѣмъ эпизодическіе приступы страха съ физическими симптомами, напр. чувство перетягиванія горла, тяжелое стѣсненіе груди.

И внѣ настоящихъ сумеречныхъ состояній представленія могутъ получить иногда такую яркость, что они производятъ впечатлѣніе галлюцинацій; большей частью это касается разстройствъ зрѣнія. Тамъ, гдѣ наблюдаются обманы слуха въ большомъ количествѣ безъ разстройства сознанія, тамъ рѣчь идетъ не о чистой истеріи.

Главнымъ образомъ у истеричекъ наблюдаются также сны на яву, которые до того овладѣваютъ больнымъ, что ихъ приходится считать патологическимъ явленіемъ, которое не даетъ больному считаться съ дѣйствительностью.

Возможно ли чисто истерическое образованіе бреда трудно пока рѣшить, во всякомъ случаѣ это зависитъ отъ психологической атмосферы. И въ наше время возможно, что истеричка считаетъ себя беременной, обнаруживаетъ всѣ признаки беременности за

исключеніемъ увеличенія матки, но включительно съ colostrum, такъ что ея мужъ, уважаемый практическій врачъ, на опредѣленный день заказываетъ акушерку въ домъ. Однако, если она ожидаетъ въ своемъ бредовомъ ребенкѣ Христа, то въ средней Европѣ ее будутъ считать шизофреничкой, точно также мы въ современныхъ условіяхъ считаемъ шизофреничками тѣхъ больныхъ, которыя вмѣсто ребенка имѣютъ въ животѣ змѣю или жабу.

Нѣкоторые авторы говорятъ объ истерическихъ: маніи, меланхоліи, помѣшательствѣ. Возможно, что въ извѣстныхъ условіяхъ аффективное отношеніе къ окружающей обстановкѣ можетъ равняться помѣшательству; затѣмъ у людей страдающихъ, кромѣ маніи истериформнымъ предрасположеніемъ, т. е. при комбинаціи обѣихъ болѣзней маніакальные приступы протекаютъ съ очень яркими зрительными галлюцинаціями, напоминающими истерію. Однако большинство случаевъ описываемыхъ подъ этимъ названіемъ (особенно въ прежнее время ихъ очень часто наблюдали) по моему мнѣнію представляютъ собой шизофрениковъ. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ мнѣ приходилось отступать отъ этого правила, оказывалось, что я ставилъ неправильный діагнозъ.

Binswanger [1]) сводитъ душевное состояніе при истерическихъ психозахъ къ tремъ элементарнымъ разстройставамъ, изъ которыхъ одно проявляется особенно часто; такимъ образомъ онъ выдѣляетъ также три категоріи внѣшней картины:

1. Болѣзненныя аффективныя реакціи: то черезмѣрная интенсивность или продолжительность взрыва чувства, (судорожный крикъ, буйство) то измѣненія настроенія безъ видимыхъ причинъ, нелегко поддающіеся ограниченію отъ маніакально-депрессивныхъ колебаній, также галлюцинаціи безъ сумеречнаго состоянія. (Больная при ясномъ сознаніи видитъ и слышитъ свою противницу на постели). Эти формы развиваются одинаково и въ качествѣ простыхъ реакцій и на „дегенеративной“ почвѣ. Послѣдняя большей частью привноситъ въ болѣзнь всевозможные моральные дефекты.

2. Повышенная внушаемость, больше по отношенію къ собственнымъ представленіямъ, чѣмъ къ постороннимъ воздѣйствіямъ. Больной напоминаютъ, что ее собака когда то укусила въ ногу, вслѣдъ за этимъ она часами чувствуетъ боль въ ногѣ и недѣлями тугоподвижность. Самовнушеніе задѣваетъ больше состояніе больныхъ, чѣмъ ихъ дѣйствія.

3. Измѣненіе состоянія сознанія съ наличіемъ аффективныхъ причинъ или безъ нихъ. Сны на яву, пробѣлы въ сознаніи, сноподобное сумеречное состояніе, частичное сознаніе бодрствованія, стремленіе къ бродяжничеству (иногда въ соединеніи съ преступными дѣяніями), конвульсивные приступы — Binswanger допускаетъ что истерія можетъ перейдти въ психозы въ болѣе тѣсномъ смыслѣ или осложняться послѣдними.

Истерическимъ припадкомъ мы называемъ общія двигательныя явленія со всевозможными движеніями (а не судороги отдѣльныхъ мускуловъ), гримасы, оцѣпенѣлое состояніе. Излюбленной позой является дуга, когда тѣло опирается только на голову и пятку. (Въ одномъ случаѣ я видѣлъ такую дугу съ привычнымъ лежаніемъ на выпуклой части живота, такъ что больная могла при этомъ качаться какъ маятникъ). Наряду съ болѣе или менѣе не координированными движеніями мы часто находимъ болѣе или менѣе замаскированныя и шаржированныя изображенія извѣстныхъ пере-

---

[1]) О значеніи истерическихъ психозовъ. Jahreskurs f. ärztliche Fortbildung 1913, годъ 4 Май стр. 64.

живаній или желаній; такіе приступы можно собственно говоря съ такимъ же правомъ причислять къ сумеречнымъ состояніямъ. Въ разныхъ случаяхъ эти явленія носятъ различный характеръ, однако у одной и той же больной отдѣльные припадки точка въ точку повторяютъ другъ друга. Они могутъ неопредѣленно долго тянуться и неопредѣленно часто повторяться, до 1000 и болѣе въ одинъ день. Однако поразительно мало они поражаютъ пульсъ и общее состояніе.

Наряду съ этими двигательными приступами наблюдаются также одни лишь обмороки и головокруженія, послѣднія имѣютъ, пожалуй, скорѣе сосудодвигательное происхожденіе.

Сонъ еще болѣе чѣмъ въ другихъ неврозахъ носитъ капризный характеръ. То сна вовсе нѣтъ, то спится хорошо или даже черезмѣрно, часто сонъ наступаетъ не во время.

Истерическія сумеречныя состоянія. 42-лѣтняя бухгалтерша. Всегда нѣсколько нервна. Воспитывалась не въ семьѣ. „Не понята" родными, однако очень старается для нихъ и вообще занимается благотворительностью. Женихъ умеръ незадолго до свадьбы отъ прогрессивнаго паралича въ Burghölzli. Съ тѣхъ поръ она поддерживаетъ сношенія съ больницей. Послѣднее время ей пришлось у брата, который развелся и былъ боленъ, вести хозяйство и ухаживать за нимъ, а также за ребенкомъ, заболѣвшимъ дифтеритомъ. Для отдыха и поправки она поѣхала къ подругѣ въ Германію и попала тамъ въ праздничную суматоху. Послѣ того какъ она разъ, вопреки своей привычки, выпила стаканъ вина, она стала на кладбищѣ расковыривать могилы и потомъ ничего объ этомъ не помнила. Въ дальнѣйшемъ появились еще состоянія неяснаго сознанія. Помѣщена по этому поводу въ клинику, гдѣ въ первое время у нея появлялись припадки въ разные часы дня; она думала, что находится на кладбищѣ, слышала мертвецовъ, видѣла то взрослыхъ, то дѣтей. Послѣдніе приходили къ ней отчасти прямо въ постель; вслѣдствіе этого она ушла изъ постели, чтобы не мѣшать имъ. Мертвыя дѣти взывали къ ней чтобы она ихъ выкопала. Въ свѣтлые промежутки она ничего не знала о своихъ сумеречныхъ состояніяхъ, однако въ моменты неяснаго сознанія она хорошо помнила прежніе приступы. Достаточно было одного внушенія во время сумеречнаго состоянія и она стала помнить ихъ и въ состояніи бодрствованія; правда въ теченіе ближашей недѣли ясность воспоминанія сильно уменьшилась. Въ дальнѣйшемъ приступъ появлялся каждую ночь регулярно между 12—1 (часъ призраковъ). Одинъ разъ она кричала мертвецамъ, что они всѣ могутъ придти, палата достаточно велика, найдется мѣсто для всѣхъ, когда тамъ всѣ будутъ, она тоже придетъ. Послѣ этого она сказала: „такъ, теперь они всѣ тутъ". Вслѣдъ за этимъ она легла и заснула. Во время другого приступа заявила, что всѣ мертвецы сплошь незнакомы ей, знакомые не пришли. Одинъ гипнотическій сеансъ купировалъ сумеречное состояніе, оставшаяся головная боль потребовала для устраненія многочисленныхъ сеансовъ. Полный и глубокій гипнозъ получился уже съ перваго же раза. Однако когда разъ въ ея присутствіи гипнотизировали другую больную, которую не удалось довести до глубокаго сна, и у нея пересталъ удаваться глубокій гипнозъ. Въ дальнѣйшемъ у больной появились разные истерически-физическіе симптомы, одинъ разъ torticollis hysterica. Хирургъ принялъ его за caries, хотѣлъ больную уложить въ постель въ гипсовой повязкѣ, изъ за чего больной пришлось бы потерять мѣсто. Нѣсколько сеансовъ гипноза вылечили больную. Послѣдніе годы она обрѣла утѣшеніе и относительное здоровье въ Christian Science.

Истерическіе-физическіе симптомы [1]) Дѣвушка, выросшая въ обстановкѣ полнаго моральнаго паденія и подвергавшаяся постояннымъ половымъ посягательствамъ, страдала кромѣ остальныхъ истерическихъ симптомовъ также рвотой послѣ молока. Выяснилось, что въ основѣ этого лежало то обстоятельство, что мальчишка, у котораго она получала молоко, хотѣлъ ее принудить къ receptio seminis in ore.

---

[1]) Riklin Der Fall H. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1905, № 46.

У нея появились боли въ животѣ послѣ того какъ она сидѣла на холодной травѣ и она это сводила къ „простудѣ". Однако выяснилось, что она лежала на холодной травѣ, когда ей производили искусственный выкидышъ, на этой почвѣ возникла ассоціація, которую выяснило лишь изслѣдованіе. Послѣ посѣщенія одной подруги у нея каждый разъ появлялась рвота; подруга ей разъ разсказала, что у нея былъ выкидышъ. Больная сама разъ хотѣла себѣ сдѣлать выкидышъ посредствомъ табачнаго настоя, послѣ чего у нея появилась страшная рвота. Она часто страдала болями въ правомъ biceps „вслѣдствіе переутомленія отъ глаженія", „отъ плохой погоды". Оказалось, что она разъ ущемила плечо между кроватью и стѣной вслѣдствіе угрызеній совѣсти изъ за онанизма. Боли дѣйствительно появлялись всегда послѣ онанированія съ опредѣленнымъ комплексомъ представленій. Всѣ эти симптомы а также остальные исчезли на долго, (теперь уже 13 лѣтъ) послѣ того какъ ихъ взаимная связь была разъяснена больной въ гипнозѣ. Часть заявленій больной удалось въ дальнѣйшемъ провѣрить, главнымъ образомъ, на основаніи судебныхъ актовъ оказалось что все было вѣрно.

Истерически-судорожные симптомы: 20-лѣтняя бонна, выросшая въ нормальныхъ условіяхъ, интеллектъ хорошій, однако уже съ ранняго дѣтства больная была неискренна и нѣсколько своенравна. Въ 12 лѣтъ менингитъ(?), приблизительно съ тѣхъ поръ стала совершать мелкія кражи въ домѣ. На двухъ мѣстахъ была уволена за нечестиость, затѣмъ служила въ Парижѣ у одной сводни, послѣ этого служила въ качествѣ бонны. Въ 17 лѣтъ приступы судорогъ и буйства, затѣмъ нѣмота, а временами глухо-нѣмота. Ночью приступы криковъ и судорогъ. Изъ психіатрической больницы ее выписали черезъ 3 мѣсяца какъ выздоровѣвшую, затѣмъ она 5 мѣсяцевъ была ученицей у одной портнихи и держалась тамъ безукоризненно. Когда подергиванія появились вновь, она переѣхала къ теткѣ, которой она должна была помогать въ дѣлѣ; однако она шлялась повсюду, разсказывала фантастическія исторіи, что она подъ наблюденіемъ негровъ завѣдуетъ тайнымъ бюро и тому подобное. Присвоила себѣ большую сумму денегъ, вступила въ связь съ однимъ молодымъ человѣкомъ, котораго она увѣрила, что у нея большое состояніе, которое однако теперь (какъ всегда въ такихъ случаяхъ) находится еще въ рукахъ графини тетки. Симулировала попытку ограбленія, подвергнута была судебному слѣдствію. Вслѣдъ за этимъ въ теченіе многихъ дней абсолютный спазмъ челюсти и неподвижность языка продолжавшаяся 56 часовъ; однако объяснялась письменно; подергиванія во всѣхъ членахъ. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ гипноза удалось окончательно (уже 6 лѣтъ) побороть истерическіе симптомы. Одинъ годъ она была на службѣ, гдѣ были очень строгія условія, мужественно все выдержала, быстро изучила конторскую работу и послѣдніе 5 лѣтъ имѣетъ хорошо оплачиваемую должность конторщицы.

Ganser'овское состояніе [1]: 24-лѣтній извозчикъ былъ задержанъ вслѣдствіе мошенничества во время торговли лошадьми. Послѣ того какъ сообщникъ его сознался, онъ сталъ давать на допросѣ неправильные отвѣты, онъ никакихъ лошадей не покупалъ, онъ батракъ, а не извозчикъ, не знаетъ своего имени, не женатъ, дѣтей у него нѣтъ, ему 28 лѣтъ, неправильно называетъ годъ и не знаетъ гдѣ онъ находится. При пріемѣ въ больницу даетъ такіе же отвѣты, но тутъ же по требованію правильно отдаетъ все, что у него было въ карманѣ. Считаетъ такъ: 1, 2, 4, 7, 9,11 и такъ дальше. Въ часахъ путаетъ большую и малую стрѣлку. Пробуетъ открыть коробку спичекъ, нажимая на длинную сторону, затѣмъ на крышку, на дно пока, наконецъ, не продавливаетъ ее. Интересно слѣдующее: если спрашивать тономъ слѣдователя, то во время сумеречнаго состоянія получаются всегда неправильные отвѣты, напр. онъ не женатъ; однако если тономъ полнаго и глубокаго сочувствія спросить какъ поживаетъ его бѣдная, бѣдная жена, то онъ опредѣленно считаетъ себя женатымъ, хвалитъ свою жену, разсказываетъ про свадебное путешествіе; тутъ же если принять тонъ слѣдователя онъ опять все забываетъ. *Даже въ такихъ судебныхъ случаяхъ Ganser'овскій симптомъ можетъ служить для выключенія непріятнаго положенія, т. е. для симуляціи по отношенію къ себѣ самому, а не только по отношенію къ судьѣ.* Черезъ нѣсколько дней сознаніе прояснилось

[1] Riklin, Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904, № 23.

осталась однако ретроградная амнезія въ отношеніи къ преступному дѣянію и задержанію. Послѣ того какъ эти два обстоятельства для него выяснились, онъ покушался на самоубійство и затѣмъ подчинился своей судьбѣ.

Истерія въ комбинаціи съ pseudologia. 16-лѣтняя дѣвушка; мать проститутка, отецъ бродяга; воспитывалась изъ за этого у чужихъ людей. Интеллектъ несомнѣнно ниже средняго. Съ давнихъ поръ представляла трудности въ воспитательномъ отношеніи. Съ годами стала еще болѣе вздорной, болтливой и лживой Она начала говорить, что многіе уважаемые мужчины насиловали ее, передавала съ такими деталями и настолько опредѣленно, что о пяти изъ нихъ было возбуждено предварительное слѣдствіе. Однако противорѣчія въ ея показаніяхъ заставили усомниться въ ея правдивости. Такимъ образомъ она попала къ намъ на испытаніе. Тутъ она нетолько повторила свои разсказы, но и добавила много новаго, какъ ее истязали во время попытокъ къ насилованію, какъ ей ломали ребра, какъ обвиняемыхъ слѣдователь заставлялъ сидѣть на желѣзныхъ стульяхъ, съ руками связанными на спинѣ, какъ строго каждаго наказывали; благодаря ея обвиненію (хотя она отъ него впослѣдствіи отказалась) одинъ пасторъ якобы попалъ на каторгу за отравленныя конфекты, такъ что теперь онъ подметаетъ улицы; она якобы подожгла домъ, ее при этомъ поймали, въ возникшей борьбѣ ей сломали ногу, одной женщинѣ она выбила глазъ, при этомъ всѣ ея разсказы какъ по содержанію, такъ и по выраженіямъ были построены по шаблону страшныхъ романовъ. Во время изслѣдованія ея, отъ времени до времени появлялись истерическія absences: глаза затягивались туманомъ, взглядъ странно застывалъ, нѣсколько минутъ она сидѣла безъ движенія, затѣмъ вскакивала какъ со сна и ничего не знала что съ ней было. Гинекологическое изслѣдованіе показало, что она уже давно была лишена дѣвственности Въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ ея состояніе значительно улучшилось, хотя впечатлительность осталась и нерѣдко она заводила всякія ссоры; такъ какъ она потеряла надежду что ее выпишутъ, въ виду опасенія внѣбрачной беременности, она стала требовать кастраціи. Когда врачи на это не согласились у нея стали появляться каждый разъ передъ менструацій чрезвычайно рѣзкія боли въ яичникѣ, пришлось уступить ей и произвести кастрацію съ соблюденіемъ требуемыхъ закономъ формальностей. Съ тѣхъ поръ она стала несомнѣнно спокойнѣе и ровнѣе и послѣ 10 лѣтъ содержанія въ больницѣ ее можно было отдать на попеченіе въ частныя руки, гдѣ она ведетъ себя хорошо и зарабатываетъ себѣ на пропитаніе.

Излѣчимость зависитъ, прежде всего, отъ тяжести и объема психопатической конституціи. Если болѣзнь представляетъ лишь частный симптомъ аномаліи характера, не дающей возможности больному ни ужиться съ людьми, ни подчиниться своей судьбѣ, то, конечно, трудно ждать какихъ либо результатовъ, вѣдь и послѣ излѣченія истеріи останется еще тяжело больной человѣкъ. Наличіе болѣе сильныхъ моральныхъ дефектовъ само по себѣ тоже очень затрудняетъ улучшеніе. Особенно у дѣтей надо, по возможности, различать случаи и безъ того патологическіе страдающіе истерическими синдромами и дѣтей нормальнаго склада, которые лишь подъ вліяніемъ обстоятельствъ случайно заболѣваютъ истерическими симптомами. Первыя почти неизлѣчимы, послѣднія при условіи правильнаго лѣченія, обычно, быстро выздоравливаютъ и сравнительно рѣдко заболѣваютъ вновь въ позднѣйшей жизни.

Существуютъ различныя мнѣнія объ излѣчимости истеріи самой по себѣ или конкретно говоря, объ излѣчимости случаевъ несвязанныхъ съ другими тяжелыми аномаліями; разница въ мнѣніяхъ зависитъ, главнымъ образомъ, отъ того, включается ли истерическая конституція въ понятіе истеріи или нѣтъ. Симптомы во всякомъ случаѣ всѣ излѣчимы, хотя въ дѣйствительности они не всегда всѣ излѣчиваются. Истерія не ведетъ къ слабоумію. Наихудшая помѣха для излѣченія имѣется

тогда, когда больной сознательно или безсознательно не желаетъ выздоровѣть, ибо тогда съ одной стороны не удается возбудить настолько энергію больного, чтобы онъ продолжалъ борьбу съ жизнью и въ неблагопріятной обстановкѣ, съ другой стороны нѣтъ возможности настолько улучшить обстановку, чтобы не было дальше почвы для желанія быть больнымъ. Однако большинство истерій отъ лѣченія улучшаются или во всякомъ случаѣ избавляются отъ своихъ симптомовъ. Не излѣчивается, понятно, общая конституція, если она, какъ обычно бываетъ, врожденная. Рецидивы представляютъ поэтому очень частое явленіе, причемъ тутъ играють роль еще и другіе моменты (нельзя устроить жизнь такъ какъ хочется, особенно если хочется блистать, не имѣя на это должныхъ основаній). Не нужно забывать, что если удается энергію, неправильно затрачиваемую на болѣзнь, ввести въ правильное, соотвѣтствующее стремленіямъ больного, русло, то такіе люди съ ихъ способностью къ цѣльному использованію силы могутъ работать гораздо продуктивнѣе, чѣмъ здоровые: то, что мѣшаетъ работѣ, по просту откалывается, а способность психически воздѣйствовать на растительныя функціи начинаетъ помогать новымъ задачамъ, вмѣсто того, чтобы затрачиваться какъ раньше на производство физическихъ симптомовъ болѣзни (раньше они не могли много спать, теперь имъ не нужно много спать; экономія въ обмѣнѣ веществъ, которая раньше давала истеричкѣ возможность поддерживать вѣсъ тѣла несмотря на ничтожный пріемъ пищи, можетъ при нѣсколько другомъ примѣненіи вести за собой очень полезную неутомимость).

Для діагноза необходимо прежде всего доказать психогенное происхожденіе симптомовъ и во вторыхъ исключить другія болѣзни. Послѣднее обстоятельство я долженъ особенно подчеркнуть, такъ какъ истерическіе синдромы наблюдаются повсюду и иногда прямо могутъ провоцироваться другими болѣзнями. — Истерическій припадокъ рѣзко отличается отъ эпилептическаго (см. тамъ), хотя иногда истерія можетъ вызвать настоящій эпилептиформный приступъ по аналогіи съ аффективной эпилепсіей (до сихъ поръ однако это съ несомнѣнностью еще не было установлено). Иногда также истеричка можетъ сознательно или несознательно имитировать эпилептическій припадокъ, что въ спеціальныхъ пріютахъ вполнѣ возможно. Истерія не придерживается точно чередованія тонической и клонической фазы и не такъ ограничена во времени, какъ эпилептическій припадокъ. Движенія могутъ носить любой характеръ. Поврежденія наблюдаются лишь тогда, когда этого требуетъ цѣль болѣзни. Бабинскій отсутствуетъ всегда, неподвижность зрачковъ почти всегда; сосудодвигатели рѣдко участвуютъ въ припадкѣ, пульсъ остается хорошимъ. За припадкомъ можетъ иногда послѣдовать истерическій сонъ, но не истощеніе.

Въ сумеречныхъ состояніяхъ діагнозъ истеріи становится вѣроятнымъ, если имѣется на лицо строгая система: несомнѣннымъ діагнозъ становится лишь послѣ тщательнаго исключенія специфическихъ признаковъ другихъ болѣзней. Особенное вниманіе нужно обратить на многія живыя реакціи истеричныхъ. Тамъ, гдѣ сумеречное состояніе само

по себѣ составляетъ цѣль, то есть тамъ, гдѣ больной играетъ душевнобольного, тамъ очень характерно бываетъ отношенiе къ окружающей обстановкѣ, особенно въ отвѣтахъ на вопросы. Больной какъ будто ничего не понимаетъ; однако иногда отвѣчаетъ очень живо и, если даже и не вѣрно, то все же очень опредѣленно; въ то время какъ въ другихъ случаяхъ неяснаго сознанiя больной долженъ еще собираться съ мыслями. Иногда больной при этомъ совсѣмъ какъ будто ни на кого не смотритъ, однако великолѣпно все подмѣчаетъ кругомъ; отлично видно, что онъ не желаетъ отвѣчать ибо, не смотря на внѣшнюю привѣтливость, не враждебное и даже не негативистическое поведенiе, онъ ни сколько не старается осмыслить вопросъ и подыскать отвѣтъ.

Для отличiя отъ шизофренiи я хотѣлъ бы дать еще нѣсколько указанiй: именно здѣсь больше чѣмъ гдѣ бы то ни было, нужно имѣть въ виду, что психогенный симптомъ ни сколько не исключаетъ болѣе тяжелой болѣзни. Истерiя не поражаетъ понятiй и не производитъ задержекъ безъ видимой аффективной причины. Истерическiй индифферентизмъ очень рѣдко встрѣчается и легко отличается отъ шизофреническаго явнымъ происхожденiемъ своимъ и тѣмъ, что онъ доступенъ воздѣйствiю. Неподвижный, ясно выраженный аффектъ, врядъ ли бываетъ чисто истерическимъ. Съ истеричнымъ обычно легко удается поддерживать опредѣленный аффективный контактъ, либо положительный, либо отрицательный. Если больной въ теченiе болѣе продолжительнаго изслѣдованiя не обнаруживаетъ передъ врачемъ болѣе глубокаго чувства, онъ не истерикъ.

Отсуствiю такъ называемыхъ stigmata я, какъ и многiе другiе авторы не придаю никакого значенiя.

Опытный врачъ часто узнаетъ нѣкоторые истерическiе типы съ большой точностью по мелкимъ признакамъ, которые трудно всѣ перечислить. Наприм. если больная начинаетъ разсказывать свои страданiя съ эротической улыбкой и превращаетъ изслѣдованiе въ цѣлую сцену, она несомнѣнно истеричка.

Дальнѣйшее указанiе опредѣленныхъ правилъ скорѣе можетъ принести вредъ, чѣмъ пользу. Многообразiе психическихъ симптомовъ все равно трудно исчерпать; врачъ не долженъ полагаться на то, что онъ заучилъ, но больше на свой собственный здравый смыслъ, наблюдательность и главное интуицiю, и тогда онъ въ состоянiи будетъ выдѣлить психогенные симптомы изъ кучи другихъ, имѣющихъ другое происхожденiе.

При дифференцiальномъ дiагнозѣ по отношенiю къ (псевдо) неврастенiи, рѣчь идетъ больше о разницѣ въ систематикѣ, чѣмъ въ дiагностикѣ. Въ сущности неважно назвать ли данное психогенное заболѣванiе истерiей или неврастенiей; достаточно установить психогенное происхожденiе всей симптомотологiи, чтобы знать, какъ дѣйствовать.

Наше пониманiе истерiи само собой вытекаетъ изъ этого описанiя. Мы имѣемъ дѣло здѣсь съ психической реакцiей на непрiятныя положенiя, которыя больной не желаетъ перенести и отъ которыхъ онъ „бѣжитъ въ болѣзнь“ или вгоняется въ нее. Такимъ образомъ истерiя представляетъ такую же душевную болѣзнь

какъ параноя, хотя она не влечетъ за собой тѣхъ соціальныхъ и судебно медицинскихъ послѣдствій, которыя связаны съ понятіемъ душевной болѣзни.

Истерія выростаетъ изъ „желанія"; больной уходитъ отъ борьбы за существованіе, заставляетъ другихъ о себѣ заботиться, становится центромъ ухода и вниманія, вообще онъ получаетъ возможность привлечь къ себѣ всеобщій интересъ. Плохое обращеніе влечетъ за собой наказаніе: „ты получишь свое, когда я заболѣю". Однако больной реагируетъ такъ не только по отношенію къ людямъ, но и по отношенію къ судьбѣ. Отдѣльный симптомъ тоже можетъ представлять непосредственное исполненіе желанія: такъ напр. онъ избавляетъ отъ той или другой работы, даетъ возможность на время уйти отъ супруга или видѣться съ возлюбленнымъ; особенно Ganser'овскія сумеречныя состоянія появляются ad hoc, когда находящемуся подъ предварительнымъ слѣдствіемъ нужно посредствомъ душевной болѣзни избавиться отъ наказанія.

Наряду съ этимъ исполненіемъ желанія черезъ болѣзнь имѣется еще исполненіе желанія въ болѣзни: нежелательное забывается въ сумеречномъ состояніи или представляется больному какъ бы не существующимъ, а желательное осуществляется въ галлюцинаціяхъ. Такимъ образомъ мы имѣемъ передъ собой чисто кататимическія явленія. Безъ „выигрыша отъ болѣзни" нѣтъ ни истеріи ни (псевдо)неврастеніи. Это вѣрно даже въ тѣхъ случаяхъ, когда и наблюдателю со стороны и даже сознательному Я самаго больного ущербъ долженъ казаться гораздо больше чѣмъ выигрышъ.

Истерогенные мотивы рѣдко и то лишь смутно сознаются больными, въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ врядъ ли когда либо вообще сознаются. Вся совокупность истерогенныхъ механизмовъ совершаетъ свою работу въ области безсознательнаго, что съ опредѣленностью вытекаетъ уже изъ одного того, что власть нашей сознательной личности далеко не достигаетъ тѣхъ предѣловъ, которые имѣютъ истерическія измѣненія организма (воздѣйствія на железы: сумеречное состояніе)[1] Ziehen говоритъ поэтому, что въ основѣ истеріи лежитъ патологически повышенное вліяніе представленій, находящихся въ скрытомъ состояніи и имѣющихъ на себѣ „аффективное удареніе". Форма реагированія не представляетъ принципіальныхъ различій по сравненію съ здоровымъ, у послѣдняго имѣется тоже въ подсознательной области желанія, противорѣчащія его сознательной личности, изъ которыхъ то то, то другое иногда осуществляется въ „психопатологіи повседневной жизни" и особенно въ снахъ. Истерическая психика гораздо больше отдаетъ кормило правленія влеченіямъ, лежащимъ въ безсознательной области или иначе выражаясь: эти влеченія въ ней относительно сильнѣе, чѣмъ у здорового человѣка.

Понятно, что для болѣзненнаго способа реагированія въ этомъ смыслѣ, необходимо еще опредѣленное предрасположеніе которое обычно, но не всегда, является врожденнымъ. Много говорилось объ

[1]) Непріемлемо по этому предложеніе Бабинскаго ограничить предѣлы истеріи тѣмъ, что онъ называетъ питіатизмъ, то есть представленіе доступное (сознательной) волѣ.

„истерическомъ характерѣ", ему приписывалось много дурного, особенно эгоизмъ, лживость, тщеславіе, повышеная аффективность.

Все это вѣрно лишь постолько, посколько истеричные являются людьми аффекта, то есть даютъ себя увлечь волненіямъ минуты. Кромѣ того извѣстное желаніе какимъ либо образомъ выдвинуться, должно, какъ я уже указалъ, у истеричныхъ встрѣчаться гораздо чаще во врожденномъ складѣ, чѣмъ у другихъ. Съ моральной стороны ихъ характеръ можетъ быть дурнымъ или хорошимъ, такъ же какъ у другихъ людей и наряду съ ужасными эгоистами, мы встрѣчаемъ среди истеричныхъ, людей способныхъ на высокое самопожертвованіе; хотя характеръ ихъ аффективности до нѣкоторой степени препятствуетъ альтруизму. Псевдологія встрѣчается и безъ истеріи и еще чаще истерія безъ псевдологіи. Вѣрно лишь то, что онѣ комбинируются чаще, чѣмъ это слѣдовало бы на основаніи простой теоріи вѣроятности, такъ какъ тутъ и тамъ требуется живая аффективность и своеобразное (пока еще не поддающееся болѣе точному описанію) мышленіе.

Истеричные способны на большое самопожертвованіе для окружающихъ, если они ихъ любятъ, они могутъ также и усердно и успѣшно работать на поприщѣ болѣе отвлеченныхъ, гуманитарныхъ задачъ, хотя, правда, многіе изъ нихъ, при этомъ попадаютъ на ложный путь (зоофилія). Многіе святые съ медицинской точки зрѣнія являются типичными истериками. Когда истеричка совершаетъ подлогъ[1]) въ пользу благотворительнаго учрежденія, тутъ, конечно, играетъ большую роль тщеславіе, чѣмъ эгоизмъ. Въ извѣстномъ смыслѣ Ziehen правъ говоря, что въ истеріи рѣдко встрѣчается объективная заинтересованность. Это относится и къ женщинамъ вообще, однако у истерички болѣе выражена потребность личнаго отношенія.

Наиболѣе существеннымъ въ истерическомъ складѣ является сильная, съ большимъ размахомъ, но очень неусточивая аффективность. Единичный аффектъ даннаго момента господствуетъ какъ тиранъ, не допускающій никого другого рядомъ съ собой, при этомъ онъ гораздо сильнѣе дирижируетъ ассоціацией идей въ желательномъ для себя смыслѣ, чѣмъ у здоровыхъ.

Такимъ образомъ стремленіе, заряженное аффектомъ, будь то сознательное или безсознательное, пріобрѣтаетъ особую силу и мы получаемъ въ болѣе или менѣе сильной степени ту же возможность расщепленія, которую мы производимъ искусственно посредствомъ гипноза. Возможность расщепленія[2]) личности характерна для исте-

[1]) Ziehen, Psychiatrie, 3. Aufl. Hirsel, Leipzig, 1908, S. 572.

[2]) Отличіе отъ шизофреническаго расщепленія трудно вкратцѣ описать; оно вытекаетъ изъ ученія шизофреніи. Въ послѣдней на ряду съ аффективнымъ расщепленіемъ существуетъ еще первичное или, по крайней мѣрѣ, независимое отъ аффектовъ расщепленіе ассоціацій, ведущее напр. къ ложнымъ простымъ понятіямъ, чего при истеріи мы никогда не наблюдаемъ; кромѣ того расщепленія болѣе аффективнаго характера, которыя можно до нѣкоторой степени сравнить съ истерическими, въ шизофреніи носятъ обычно болѣе неправильный, менѣе обоснованный и массовой характеръ, кромѣ того наблюдаются не въ такомъ чистомъ и рѣзкомъ видѣ, какъ въ истеріи, такъ что самыя вопіющія противорѣчія могутъ одновременно уживаться въ психикѣ. Шизофреническая психика безконечно сильнѣе расщеплена нежели истерическая. Истерическій аффектъ захватываетъ всю сознательную психику; все что ему противорѣчитъ цѣликомъ отщепляется отъ сознанія.

ріи: ощущенія не воспринятыя сознаніемъ все же могутъ быть использованы психикой, такъ напр. число, которое больному было названо, но котораго онъ не разслышалъ, появляется въ качествѣ зрительной галлюцинаціи. Въ истерическомъ состояніи больной можетъ автоматически писать, даже читать проповѣди. „Неистиннымъ" въ сильныхъ проявленіяхъ аффекта, равно какъ въ шизофреніи, можно считать то, что отщепленныя представленія, противорѣчащія данному аффекту, продолжаютъ дѣйствовать въ психикѣ и такимъ образомъ до извѣстной степени, тормозятъ или даже видоизмѣняютъ этотъ аффектъ.

Нужно допустить однако существованіе еще какихъ то моментовъ, заставляющихъ истеричныхъ искать убѣжища именно въ болѣзни, въ то время, какъ существуютъ другія психическія средства справляться съ трудностями. Правда, что такого рода исходъ очень близокъ сердцу многихъ въ теперешнее сверхъ христіанское время съ его культомъ слабыхъ и, что во многихъ семьяхъ при воспитаніи дѣтей эти черты особенно культивируются. Однако вѣроятнѣе всего существуютъ еще какія то силы, которыя направляютъ истеричныхъ на путь болѣзни, таковы нѣкоторыя умственныя констеляціи, затѣмъ выведенныя изъ опыта наблюденія, что часто удается достигнуть цѣли очень сильными аффективными реакціями, производящими и на профана впечатлѣніе болѣзненнаго преувеличенія, потомъ играетъ роль еще слабая сопротивляемость по отношенію къ идеѣ болѣзни. Все это Kohnstamm объединяетъ подъ названіемъ плохой „совѣсти здоровья". Это слово больше объясняетъ, чѣмъ длинныя разсужденія; я по этому не считаю возможнымъ обойтись безъ него хотя многіе протестуютъ противъ этого новаго пятна на истеріи. Возраженія эти имѣютъ въ основѣ совершенно неправильное пониманіе дѣла и противъ этого нужно принять рѣшительныя мѣры. Рѣчь идетъ не о деффектѣ въ смыслѣ морали, и не о такомъ дефектѣ сознательной психики, за который больной отвѣчаетъ или заслуживаетъ порицаніе; въ высшей степени неправильно теоретически и особенно практически на основаніи однихъ лишь истерическихъ симптомовъ ставить на видъ больному, что онъ не хочетъ выздоровѣть.

Въ (травматической) пенсіонной истеріи имѣется совершенно другой выигрышъ отъ болѣзни, чѣмъ въ обыкновенныхъ формахъ; въ массовыхъ или въ подражательныхъ истеріяхъ этотъ выигрышъ заключается въ стремленіи съ одной стороны не отставать отъ другихъ, а съ другой нѣсколько выдвинуться передъ толпой; въ школьныхъ эпидеміяхъ особенную роль играетъ освобожденіе отъ школы, а на ряду съ этимъ стремленіе напустить на себя важность, подражать всему, что бросается въ глаза.

Такъ какъ истерія, какъ болѣзнь стремиться достигнуть извѣстной цѣли необходимо послѣднюю демонстрировать, такимъ образомъ все театральное и назойливое можно отнести одинаково и на счетъ болѣзни и на счетъ конституціи, послѣднее пожалуй важнѣе, такъ какъ неврастеники несмотря на схожія черты менѣе бросаются

въ глаза; имѣетъ значеніе также наклонность къ преувеличенію, въ основѣ которой должна лежать одинаково и прирожденная аффективность и цѣль болѣзни; тоже можно сказать и относительно расщепленія. Будетъ праздной потерей времени, если мы начнемъ спорить представляетъ ли расщепленіе слѣдствіе болѣзни или конституціи. Всякая психика до извѣстной степени доступна расщепленію. Конституція обладающая въ болѣе сильной степени этимъ свойствомъ легче и сильнѣе расщепляется т. е. ceteris paribus легче становится истеричной. Психика ставшая истеричной сильнѣе расщепляется на почвѣ самой болѣзни и last not least истерическая аффективность обладаетъ особенной силой расщепленія.

П о л о в а я с ф е р а. Отношеніе истеріи къ половой сферѣ страдаетъ до сихъ поръ большими неясностями. Ограничусь немногими указаніями. Взаимная связь обоихъ явленій подмѣчена уже тысячелѣтія тому назадъ какъ указываетъ само названіе; правда въ началѣ думали лишь въ самомъ грубомъ смыслѣ о неудовлетворенности animal sperma desiderans; затѣмъ съ середины прошлаго столѣтія стали предполагать существованіе раздражающихъ моментовъ, исходящихъ изъ женскихъ половыхъ органовъ (главнымъ представителемъ этого ученія является Romberg).

Однако уже до этого отдѣльные авторы (Lepois въ 17-омъ столѣтіи) считали эту болѣзнь нервной болѣзнью, а затѣмъ даже мозговымъ или душевнымъ заболѣваніемъ. Этотъ взглядъ сталъ распространяться и въ послѣднее десятилѣтіе 19-го вѣка сталъ почти общепринятымъ, причемъ однако до послѣдняго времени большинство считало самымъ существенннымъ въ истеріи лживость, хотя въ то же время существовало явное стремленіе „освободить несчастныхъ больныхъ отъ odium полового происхожденія ихъ страданія“.

Теперь однако половой моментъ опять всплылъ въ формѣ ученія Freud'а, который считаетъ корнями болѣзни раннія половыя переживанія и оттѣсненыя половыя желанія и ихъ извращенія. Это ученіе имѣетъ столь же ярыхъ приверженцевъ, какъ и противниковъ. Несомнѣнно лишь слѣдующее (причемъ это имѣетъ силу не только для истеріи, но и для неврозовъ вообще): связь между истеріей и половой сферой бросается въ глаза, однако въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ мы не знаемъ таковъ ли корень болѣзни. Неврозы возникаютъ на почвѣ внутреннихъ конфликтовъ, а отчасти можетъ быть на почвѣ конфликтовъ съ внѣшнимъ міромъ. Изъ всѣхъ внутреннихъ конфликтовъ половые встрѣчаются чаще всего и носятъ наиболѣе болѣзнетворный характеръ. Вмѣстѣ съ тѣмъ они одни лишь обычно протекаютъ цѣликомъ или отчасти въ области безсознательной т. е. въ той области которой неврозы обязаны своимъ возникновеніемъ. Важнымъ факторомъ возникновенія невроза является половая неудовлетворенность, но не въ прежнемъ физическомъ смыслѣ (въ видѣ исключенія удовлетвореніе можетъ получиться отъ любовной связи, отъ брака безъ coitus).

Необходимъ ли при этомъ для хроническаго невроза кромѣ конституціи также обязательно такого рода половой моментъ, сказать съ вѣрностью пока нельзя; поразительно то, что самый тяжелый испугъ, если нѣтъ спеціальной конституціи, рѣдко заходитъ за предѣлы остраго вазомоторно невротическаго комплекта; что при

тщательномъ изслѣдованіи невротиковъ обычно[1]) находимъ половые конфликты, которыми часто можно объяснить болѣзнь. Съ другой стороны травматическая неврастенія очень прозрачно (хотя и не въ такой мѣрѣ, какъ травматическая истерія) вытекаетъ изъ борьбы за пенсію, такъ что въ настоящее время нѣтъ необходимости при этихъ заболѣваніяхъ допускать необходимость еще особаго полового предрасположенія. Несомнѣнно, что можно излечивать неврозы, не обращая спеціальнаго вниманія на половую сферу, однако въ тѣхъ случаяхъ, когда удается дать больному удовлетворяющую его жизненную задачу, этимъ самымъ создается конечно противовѣсъ вреднымъ моментамъ, исходящимъ изъ половой сферы.

Несомнѣнно, отдѣльныя утвержденія Freud'a будутъ опровергнуты дальнѣйшими наблюденіями, однако все же очень неправильно не признавать значеніе этого ученаго, какъ это стало теперь модно, причемъ совершенно не достойно научнаго обсужденія вопроса, что при этомъ такъ сильно разгорѣлись страсти. Ученіе о гипнозѣ и внушеніи въ свое время отвергалось съ такой же страстностью и отчасти съ такими же аргументами, однако оно заложило первый камень въ фундаментъ научной психопатологіи. Точно также Freud заложилъ цѣлый рядъ основъ, которыя уже сейчасъ придали наукѣ совершенно другой видъ, что между прочимъ относится также къ его противникамъ, поскольку они вообще считаются съ психологическими факторами. Безъ этого психопатологія вообще осталась бы безъ движенія. Какъ во всякомъ новомъ научномъ теченіи не все то, что Freud внесъ, абсолютно ново, однако онъ первый довелъ это до той степени ясности, которая даетъ возможность сдѣлать данное воззрѣніе основой дальнѣйшаго изученія. Сюда относятся: роль безсознательнаго, принципіальное требованіе психологическаго пониманія всѣхъ психическихъ симптомовъ и указаніе, что послѣднее можетъ быть достигнуто изученіемъ всѣхъ психическихъ явленій, даже и въ безсознательныхъ движеніяхъ, снахъ и т. д; ясное понятіе вытѣсненія, значеніе внутреннихъ конфликтовъ; неограниченное временемъ дѣйствіе, которое аффективное переживаніе оказываетъ и въ дальнѣйшемъ; переводъ аффекта на представленія ему до того чуждыя; понятіе умственнаго сгущенія; болѣе опредѣленное выдѣленіе, хотя и не полное выясненіе понятія конверсіи (превращеніе вытѣсненныхъ аффектовъ въ физическіе симптомы), отреагированіе; важно еще, что Freud порвалъ съ обычаемъ существовавшимъ раньше по возможности игнорировать половую жизнь въ научныхъ вопросахъ и оттѣнилъ (можетъ нѣсколько чрезмѣрно) значеніе половой жизни.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ болѣзнь производится различными путями. Многіе истерическіе симптомы представляютъ прежде всего усиленныя аффективныя реакціи, таковы нѣкоторые параличи, наклонность дѣлать сцены, аффективный ступоръ, обмороки и т. д. Собственно ихъ нельзя было бы считать истерическими, если бы они не были слишкомъ преувеличены въ смыслѣ силы и количества или, если бы ихъ не использовали для цѣлей болѣзни. Затѣмъ присоединяется внушеніе и самовнушеніе, причемъ послѣднее должно пасть на подготовленную почву. Недостаточно истеричному увидѣть кожную сыпь, чтобы при всемъ отвращеніи самому заболѣть этой сыпью; нужно, чтобъ она имѣла опредѣленное аффективное значеніе для больного, напр., когда нѣкоторые комплексы связываютъ сыпь съ сифилисомъ отца. При этомъ вліяютъ (въ безсознательной области) вытѣсненныя аффективныя представленія. Неизвѣстно, существенно ли необходимо недостаточное отреагированіе для того, чтобы комплексъ сталъ патогеннымъ. Мы знаемъ, во всякомъ слу-

[1]) Я не включаю сюда военныхъ невротиковъ, равно какъ травматиковъ промышленной жизни.

чаѣ, что для многихъ неистеричныхъ людей аффекты вредны лишь до тѣхъ поръ, пока соотвѣтствующая реакція подавляется.

Часть истерическихъ явленій можно считать ассоціаціонными рефлексами. Послѣ того какъ инъекціи туберкулина многократно вызвали лихорадку, тотъ же результатъ можетъ получиться отъ дестилированной воды, если больной принимаетъ ее за туберкулинъ. Приступы коклюша послѣ того, какъ сама болѣзнь излечена, могутъ еще въ теченіе долгаго времени появляться во всѣхъ тѣхъ положеніяхъ, которыя вызываютъ ассоціацію кашля. Однако такого рода длительная связь можетъ возникнуть также вслѣдствіе однократнаго переживанія на почвѣ опредѣленныхъ констелляцій (аффектъ, ассоціативная готовность и т. д.). Если истерическая боль появилась первый разъ тогда, когда больная лежала на травѣ, то въ дальнѣйшемъ мокрая трава можетъ каждый разъ вызвать боль, хотя бы настоящей причины не было на лицо. Впрочемъ, я считалъ бы такія ассоціативныя повторенія истеричными только въ томъ случаѣ, если они преслѣдуютъ какую либо „цѣль" въ смыслѣ генеза истерій или же входятъ, какъ часть, въ истерическую картину болѣзни.

Въ послѣднее время и не безъ основаній, считаютъ, что испугъ самъ по себѣ, даже и очень сильный, не можетъ произвести истерію; онъ можетъ лишь причинить неврозъ испуга, который излечивается самъ собой. Сильный страхъ тоже можетъ вызвать преходящій бредъ, особенно у олигофрениковъ. Истеріей въ нашемъ смыслѣ такая реакція становится лишь въ томъ случаѣ, если на ряду съ ней имѣется цѣль болѣзни. Точно также я не считаю истеріей сильную аффективную реакцію, которую мы видимъ у дикихъ народовъ (напр. полное оцѣпенѣніе отъ одного лишь стука въ дверь, просоночная потеря сознанія и т. п.). Считать ли массовыя эпидеміи истерическими, дѣло вкуса; онѣ представляютъ истерическія черты, особенно своей демонстративностью, однако это не болѣзнь въ смыслѣ нашей обыкновенной истеріи.

Вообще нужно сказать, что существуютъ психогенныя болѣзни, для возникновенія которыхъ не нуженъ, въ принципѣ по крайней мѣрѣ, выигрышъ, хотя исполненіе желаній должно участвовать въ возникновеніи болѣзни и въ фиксированіи существующихъ симптомовъ. Наиболѣе крайними примѣрами являются грудной младенецъ, погибающій отъ анорексіи въ несимпатичной ему обстановкѣ и собака, издыхающая съ голоду на могилѣ своего хозяина. И въ индуцированномъ помѣшательствѣ можетъ собственно и не быть настоящей цѣли, оно представляетъ лишь слѣдствіе того, что были восприняты внушенія первично больного, что въ свою очередь должно имѣть свои аффективныя основанія. По австрійскимъ наблюденіямъ въ окопахъ возникали заболѣванія печени на почвѣ скуки и исчезали, когда опасность и напряженіе приносили развлеченіе.

Изъ числа психогенныхъ заболѣваній, въ которыхъ выигрышъ отъ болѣзни не играетъ никакой роли или же лишь второстепенную, особенно важны іатрогенныя. Врачъ съ важнымъ видомъ діагносцируетъ „расширеніе сердца", больной пугается и окончательно лишается силъ, пока другой врачъ не сниметъ съ него кошмара посредствомъ рентгеновскаго снимка. Не рѣдко встрѣчается типъ желудочнаго невротика, которому когда то вслѣдствіе разстройства пищеваренія, „плохого желудка", запретили какой либо видъ пищи; онъ начинаетъ бѣгать по врачамъ, каждый изъ нихъ ему еще что либо запрещаетъ; онъ доходитъ до голоднаго истощенія и наконецъ

самъ или съ помощью врача доходитъ до идеи, что надо кушать все. Я вполнѣ предоставляю читателю считать такія болѣзни „отъ воображенія“ истеріей или нѣтъ.

Kraepelin связываетъ истерическій складъ съ извѣстной отсталостью психическаго развитія. Дѣти, подобно примитивнымъ народамъ, тоже склонны къ необузданнымъ аффективнымъ реакціямъ, ихъ поведеніе мы назвали бы истеричнымъ, если бы мы это видѣли у взрослыхъ. Думаютъ также, что женщины въ своемъ развитіи вообще менѣе отходятъ отъ дѣтей нежели мужчины; это согласуется съ тѣмъ, что онѣ чаще, нежели мужчины заболѣваютъ истеріей (разница однако не велика, имѣющіяся въ литературѣ цифры довольно произвольны и случайны; въ мирное время на одного истеричнаго мужчину приходится не болѣе трехъ истеричныхъ женщинъ, сейчасъ психическія и физическія потрясенія войны вызываютъ много истерій у мужчинъ).

За теорію Kraepelin'а говоритъ также то обстоятельство, что максимумъ заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 15—20 лѣтъ и что на высотѣ развитія характера болѣзнь быстро убываетъ, затѣмъ также то, что съ возрастомъ дѣтскія истеріи проходятъ, что можно истолковать въ томъ смыслѣ, что дѣтство играетъ роль болѣзненнаго предрасположенія.

Травматическая истерія относится къ травматическимъ неврозамъ лишь, поскольку рѣчь идетъ о причинахъ и практическомъ значеніи: принципіально она, насколько мы теперь знаемъ, не отличается отъ другихъ формъ истеріи; даже кругъ симптомовъ одинаковъ въ обѣихъ болѣзняхъ; однако въ мирное время послѣ несчастныхъ случаевъ припадки и сумеречныя состоянія наблюдаются рѣже, чѣмъ при обыкновенныхъ истеріяхъ. Вообще картина болѣзни при истеріи въ отдѣльномъ случаѣ сильно зависитъ отъ обстоятельствъ, вызвавшихъ болѣзнь; поэтому здѣсь относительно часто выступаютъ на первый планъ другіе симптомы. При раненіяхъ мирнаго времени припадки, параличи и сумеречныя состоянія сравнительно рѣдки; война принесла съ собой неслыханное до тѣхъ поръ увеличеніе числа дрожательныхъ параличей. Мнѣ не пришлось подробнѣе изслѣдовать эти случаи; я думаю однако, что суть въ томъ, что крупное дрожаніе представляетъ нормальную реакцію на чрезмѣрное напряженіе равно какъ на испугъ отъ взрыва гранатъ и засыпанія землей, и что въ дальнѣйшемъ это дрожаніе лишь фиксируется подъ вліяніемъ болѣзненныхъ представленій.

Примѣръ травматической истеріи безъ борьбы за пенсію: рѣзкій имбециликъ попадаетъ въ болото, изъ котораго онъ съ трудомъ выкарабкался. Съ тѣхъ поръ онъ почти не можетъ проходить черезъ открытое пространство (комната, улица). Онъ осторожно ощупываетъ почву лѣвой ногой и послѣ долгихъ колебаній ставитъ правую ногу, при этомъ сгибается, качается и балансируетъ руками. Болѣзнь можно было считать почти моносимптоматичной, однако одновременно больной, почти совершенно, прекратилъ активное сношеніе съ внѣшнимъ міромъ, ему ни до чего дѣла нѣтъ и онъ только предоставляетъ окружающимъ за нимъ ухаживать. Возможно, что это и былъ его выигрышъ отъ болѣзни. Леченіе сопровождалось очень ничтожнымъ успѣхомъ.

Истерія у дѣтей, не представляющихъ тяжелыхъ аномалій характера, большей части моносимптоматична.

Что касается отношенія истеріи къ другимъ болѣзнямъ, нужно и здѣсь указать, что истерическій симптомокомплексъ можетъ развиваться въ любой болѣзни; во многихъ онъ представляетъ не только случайное осложненіе, ибо напримѣръ туберкулезъ ослабляетъ силу сопротивляемости, а органическое заболѣваніе мозга непосредственно создаетъ предрасположеніе къ истеріи. Нѣкоторыя болѣзни (особенно органическія болѣзни центральной нервной системы и эпилепсія) рѣдко протекаютъ безъ истерическихъ симптомовъ, послѣдніе представляютъ тогда побочные симптомы, сама „болѣзнь" есть множественный склерозъ или эпилепсія. Нескладное названіе истероэпилепсіи обязано своимъ возникновеніемъ той эпохѣ, когда эпилептическія формы тоже считались неврозами и не было возможности выдѣлить эпилептиформные припадки. Наряду со случаями обыкновенной эпилепсіи съ нерѣзкими истерическими симптомами попадаются такіе, въ которыхъ наряду съ эпилептическими припадками имѣются и истериформные. Дальше наблюдаются, хотя очень рѣдко, истеріи, имитирующія или вызывающія эпилептиформный припадокъ. Первые случаи надо считать эпилепсіей, вторые истеріей. То, что раньше называли истероэпилепсіей, представляетъ собой истерію съ тяжелыми двигательными припадками, которые неправильно приравнивали къ эпилептическимъ.

Можно вполнѣ произвольно причислять или не причислять къ истеріи другіе нервные синдромы, которые перечислены въ началѣ этой главы; съ точки зрѣнія практики это было бы очень удобно, такъ какъ всѣ эти явленія легко комбинируются. Однако научное изученіе вопроса возможно лишь при условіи рѣзкаго разграниченія отдѣльныхъ синдромовъ, имѣющихъ въ основѣ различные способы реагированія психопатическаго склада. Я поэтому въ противоположность Lewandowsk'ому не причисляю къ истеріи невроза страха, реактивныхъ депрессій, неврастеніи и навязчивыхъ симптомовъ, причемъ я не закрываю глаза на то, что сплошь и рядомъ встрѣчаются больные, страдающіе одновременно многими симптомокомплексами (неврастеническіе плюсъ истерическіе). Понятіе ипохондріи даже какъ синдрома еще не достаточно выяснено и лучше не употреблять этого слова, тѣмъ болѣе, что безъ него легко обойтись. Фантастическая конституція представляетъ нѣчто совершенно другое, чѣмъ истерическая. Зато ее трудно отграничить отъ импульсивной конституціи.

Что касается границы между истеріей и неврастеніей, то формы съ болѣе массовыми симптомами, болѣе задѣвающими психику, охотнѣе называютъ истеріей, а формы съ менѣе рѣзкими въ этомъ смыслѣ симптомами-неврастеніей. Къ истеріи слѣдовательно, надо причислить въ сферѣ чисто психической психогенныя сумеречныя состоянія, не имѣющія въ основѣ особой болѣзни (шизофренія, эпилепсія и т. д.), затѣмъ анестезіи, судорожныя явленія, физическіе симптомы, вродѣ образованія волдырей, пузырьковъ и кровоизліяній, психогенную рвоту и многія другія аналогичныя явленія. Простые симптомы, вродѣ давленія въ головѣ, усталости, сердечныхъ жалобъ и т. д., если они изолированы, лучше причи-

слять къ неврастеніи, однако они нерѣдко сопутствуютъ настоящей истеріи. Симптомами неврастеніи будемъ считать тѣ, которые съ большимъ или меньшимъ правомъ можно свести къ болѣзненной раздражимости и истощаемости. Такъ какъ истерія представляется для многихъ чѣмъ то зазорнымъ, а неврастенія превращаетъ недостатокъ въ нѣчто вродѣ добродѣтели, то врачъ со временъ Beard'a предпочитаетъ въ практикѣ изъ вѣжливости ставить діагнозъ неврастеніи.

Леченіе. Предрасположеніе къ истеріи рѣдко поддается воздѣйствію. Тамъ, гдѣ наблюдается состояніе слабости, мы конечно должны съ нимъ бороться. Скорѣе можно думать объ устраненіи тѣхъ обстоятельствъ, изъ которыхъ выросли истерическіе синдромы или которыми послѣдніе питаются. Прежде всего нужно создать больному задачу въ жизни, при чемъ нужно принять во вниманіе не только внѣшнюю обстановку, но и тѣ внутренніе моменты, которые заставили больного отклонить жизненную задачу. Желаніе или волю быть больнымъ нужно по возможности компенсировать положительными стремленіями, для осуществленія которыхъ больной долженъ стать здоровымъ.

Въ остальномъ можно энергично бороться съ симптомами непосредственнымъ **внушеніемъ** въ гипнозѣ или безъ него. Можно также замаскировать внушеніе какимъ либо средствомъ или процедурой, причемъ нужно по возможности выбирать такія, которыя въ данномъ случаѣ дѣйствительно оказываютъ лечебное дѣйствіе на какой либо второстепенный симптомъ (горный воздухъ, водолеченіе и т. д.)[1]. Когда больной чувствуетъ себя внѣшне лучше, ему начинаетъ казаться, что дѣло пойдетъ на ладъ, онъ начинаетъ самъ по себѣ, или благодаря искусному подсказыванію, составлять планы на будущее, короче говоря, онъ мѣняетъ свою установку, такъ что возможное въ дальнѣйшемъ новое пониженіе физической энергіи не принесетъ уже такого вреда. По возможности нужно избѣгать мѣстнаго леченія мѣстныхъ (по виду) физическихъ симптомовъ, этимъ мы часто укрѣпляемъ въ больномъ идею, что именно тамъ болѣзнь и сидитъ. Тѣмъ менѣе можно унизиться до фиктивныхъ операцій. Точно также конечно могутъ помочь чудесныя средства, начиная отъ любыхъ таинственныхъ пилюль до богомолія (безсознательно для больного и врача). Внушеніе соединяется съ нѣкотораго рода воспитаніемъ и разъясненіемъ въ формѣ persuasion Dubois. Все это дѣло вкуса больного, а еще болѣе врача. Во многихъ случаяхъ выздоровленіе наступаетъ отъ психоанализа съ отреагированіемъ или безъ него; что при этомъ представляетъ дѣйствительное лечебное средство — психоанализъ или безсознательное

[1]) Лекарствъ въ качествѣ непосредственныхъ antihysterica нужно по возможности избѣгать; они отвлекаютъ вниманіе больного и врача отъ настоящей сути болѣзни. Если лекарство не подѣйствовало, оно тѣмъ самымъ уже принесло вредъ. Если оно случайно подѣйствовало, больной приписываетъ свое выздоровленіе именно ему и начинаетъ его принимать постоянно до тѣхъ поръ, пока новая установка представленій не лишитъ лекарство его вліянія. Само собой понятно, что нельзя назначать морфія, однако совершенно обойтись безъ химическихъ средствъ не удается, даютъ бромъ противъ безсонницы, желѣзо противъ малокровія и т. д.

внушеніе-вопросъ спорный. Однако и для врача и для больного это безразлично; во всякомъ случаѣ психоанализъ можетъ содѣйствовать выздоровленію, а при искусномъ примѣненіи и воспитанію. Важно также изолировать или по крайней мѣрѣ изъять больного изъ обстановки, гдѣ страданія его импонируютъ или гдѣ ему выражается сочувствіе; въ особенности въ тяжелыхъ случаяхъ истеріи дѣтей это мѣропріятіе составляетъ необходимую предпосылку выздоровленія. Вмѣстѣ съ тѣмъ превосходнымъ средствомъ является планомѣрное игнорированіе; не нужно подавать виду, что даже самые тяжелые симптомы вамъ сколько нибудь импонируютъ. Истерическій припадокъ и многіе другіе симптомы являются, въ сущности говоря, театральнымъ представленіемъ; если принять мѣры, чтобы зрители тотчасъ же исчезли, какъ только представленіе начинается, (лучше всего для этого изолировать больного), тогда вся инсценировка теряетъ свой raison d'être, и больной тутъ же отъ нея отказывается.

Если улучшеніе наступило, нужно заняться серьезнымъ воспитаніемъ, при чемъ не нужно упускать изъ виду разумнаго образа жизни и вслѣдъ за тѣмъ правильнаго введенія въ жизнь. Не важно, что вы дѣлаете съ истеричнымъ, важно какъ вы это дѣлаете и какъ вы себя поставили по отношенію къ больному. Одинъ врачъ считаетъ поэтому необходимымъ сдружиться съ больнымъ, другой находитъ это опаснымъ; необходимо лишь чтобы между больнымъ и врачемъ былъ личный контактъ, тогда можно больного перехитрить или ему импонировать или его убѣждать или ему внушать; выборъ самого пути играетъ второстепенную роль. Само собой понятно, что психотерапія вообще и примѣненіе того или иного метода въ частности, требуетъ спеціальнаго врожденнаго таланта, въ чемъ, къ сожалѣнію, нѣкоторые шарлатаны стоятъ выше опытныхъ врачей. Нужно помочь себѣ большимъ врачебнымъ опытомъ, тщательнымъ изученіемъ больного, его способа реагированія и учетомъ всѣхъ сопутствующихъ этому обстоятельствъ.

Профилактика. Борьбу съ врожденной истерической конституціей можно вести лишь запрещеніемъ браковъ невропатическихъ людей. Предрасположеніе, пріобрѣтенное на почвѣ болѣзни или тяжелыхъ переживаній, обыкновенно проходитъ и безъ нашего содѣйствія. Трудно по заказу избѣгать внутреннихъ и внѣшнихъ конфликтовъ, за то ихъ можно заглушить, если создать цѣль жизни; конечно, здоровый человѣкъ дѣлаетъ это безсознательно, а съ другой стороны тяжелые или безхарактерные психопаты не могутъ ни усвоить цѣли жизни, ни прочно ея держаться. Въ переходныхъ формахъ все дѣло зависитъ отъ психической установки и обстоятельствъ, т. е. отъ того, что до нѣкоторой степени поддается управленію. Цѣль въ жизни можно или самому себѣ создать или получить на этотъ счетъ указанія отъ другихъ; всякая задача становится интересной, если съ этимъ связано достаточно ассоціацій, при этомъ не слѣдуетъ забывать, что большинство истеричныхъ, особенно женщинъ, легче удается заинтересовать обстоятельствами, носящими рѣзко аффективный характеръ, особенно обстоятельствами личнаго свойства. Съ другой стороны, можно бо-

роться съ расхлябанностью чувствъ, строго дисциплинируя мышленіе путемъ занятій, носящихъ характеръ реальной дѣйствительности. Больше всего поддается воспитательному воздѣйствію „совѣсть здоровья". Кто съ дѣтства привыкаетъ считать болѣзненныя ощущенія чѣмъ то непріятнымъ и не стоящимъ вниманія, кто съ дѣтства привыкъ имѣть отъ болѣзни лишь непріятности, а не преимущества, тотъ не такъ легко получитъ неврозъ. Уже въ дѣтствѣ при воспитаніи ребенка нужно воспитать въ немъ желаніе быть здоровымъ наперекоръ болѣзни; тамъ, гдѣ это въ свое время было упущено, врачъ долженъ это сдѣлать впослѣдствіи. Вышеуказанное желаніе быть здоровымъ не нужно смѣшивать съ поведеніемъ психопатовъ, которые считаютъ, что поддерживаютъ свое здоровье какой то системой и постоянно прислушиваются при этомъ къ симптомамъ болѣзни и здоровья.

Ziehen [1]) указываетъ слѣдующіе достойныя всякаго примѣненія правила профилактики у психопатическихъ дѣтей:

1) Полное лишеніе кофе, чая, алкоголя, пряностей и табаку до періода половой зрѣлости включительно, 2) надзоръ за половой жизнью, 3) закаливаніе холодными обтираніями и холодными ваннами; пріученіе къ болямъ и лишеніямъ, регулярная гимнастика (а также спортъ) 4) Осторожное задерживаніе развитія фантазіи (надзоръ за чтеніемъ, не очень оставлять ребенка одного и такъ дальше), интересъ къ объективнымъ занятіямъ (всякого рода коллекціонированіе, стройка, черченіе, живопись съ натуры, игрушки съ складываніемъ и раскладываніемъ), игры на открытомъ воздухѣ съ другими дѣтьми и т. д. Образъ жизни долженъ быть регулированъ особымъ расписаніемъ. 5) Посѣщеніе общественной школы предпочтительно передъ частнымъ обученіемъ на дому. 6) Если дома обстановка неблагопріятная (плохой примѣръ родителей или родители слишкомъ балуютъ и т. д.), нужно предложить перевести ребенка изъ домашней обстановки въ какое либо воспитательное учрежденіе, подходящій пансіонъ или въ деревню къ учителю, врачу или пастору. Въ тяжелыхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ лечебно-воспитательнымъ учрежденіямъ, вродѣ тѣхъ, которыя впервые основалъ Kaulbaum. 7) Пріученіе къ послушанію и самообладанію путемъ спокойной строгости. Рѣзкая брань почти никогда не даетъ успѣха. Тѣлесныя наказанія тоже рѣдко даютъ хорошій результатъ, все же они допустимы въ тѣхъ же размѣрахъ, какъ и у здоровыхъ дѣтей. Другія наказанія (лишенія удовольствій и т. п) не только допускаются, но при правильномъ примѣненіи вполнѣ достигаютъ цѣли.

XIV. Параноя (помѣшательство).

Такъ какъ въ клиникѣ рѣдко приходится демонстрировать параноиковъ, будетъ правильнѣе, пожалуй, предпослать изложенію нѣсколько примѣровъ болѣе подробно изложенныхъ.

Бредъ преслѣдованія. Слесарь; родился въ 1878 г. Въ семьѣ алкоголизмъ и мигрень. Одна сестра имбецилка. Недурное въ общемъ развитіе. Съ дѣтства ворчливъ, впечатлителенъ, раздражителенъ; все же его рисуютъ также уживчивымъ и пріятнымъ въ обращеніи. Частая головная боль. До 17 лѣтъ страдалъ непроизвольнымъ мочеиспусканіемъ. Изучилъ слесарное ремесло, поступилъ на желѣзную дорогу. Послѣ свадьбы бросилъ службу, такъ какъ предполагалъ помогать тестю въ его дѣлѣ. Однако тамъ его не захотѣли (въ дѣйствительности), послѣ чего онъ безъ особаго волненія поступилъ сначала на пароходъ, потомъ на желѣзную дорогу. На пароходѣ онъ началъ выпивать; однако онъ переносилъ алкоголь плохо и уже отъ небольшихъ порцій становился впечатлительнымъ, затѣвалъ ссоры. По словамъ жены половая потребность его была очень измѣнчива, то усиливалась, то слабѣла. Съ дѣтьми былъ хорошъ. Уже во время свадьбы онъ говорилъ, что товарищи завидуютъ ему, что у него такая жена. Въ дальнѣйшемъ у него отъ времени до времени появлялись идеи отношенія: говорилъ что ему нарочно подсовываютъ паровозы съ плохимъ тор-

[1]) Изъ книги Lewandowsky истерія. Julius Springer Berlin 1914 стр. 173.

мазомъ, что про него говорятъ; все же онъ надѣялся получить повышеніе. Въ 1911 г. онъ былъ переведенъ на конторскую работу, въ конторѣ по его мнѣнію книги велись неправильно, въ пользу другихъ дорогъ; когда ему дали въ помощь молодого конторщика, въ немъ заговорила совѣсть, что тотъ можетъ все вывести наружу, и онъ составилъ связную бредовую систему, въ которую вплелъ всевозможныя событія. Съ одной стороны, начальство хочетъ дать ему повышеніе, съ другой стороны становится на сторону его товарищей, которые ему чинятъ всякія гадости. Изъ за этого онъ долженъ былъ бросить службу, открылъ собственное слесарное заведеніе, которое онъ довольно скоро хорошо поставилъ. Однако всякій разъ, когда онъ встрѣчался съ кѣмъ либо кто, такъ или иначе, былъ связанъ съ желѣзной дорогой онъ думалъ, что тотъ за нимъ наблюдаетъ или его преслѣдуетъ; даже стоило его женѣ повстрѣчаться съ такимъ человѣкомъ и онъ ее обвинилъ въ измѣнѣ, хотя онъ самъ призналъ, что она вполнѣ порядочная женщина. На военной службѣ оказалось, что его начальникъ живетъ въ сосѣднемъ мѣстѣ, гдѣ находится правленіе дороги; изъ за этого онъ втянулъ его въ свой бредъ. Когда начальникъ разъ приказалъ ему потушить свѣтъ (приказаніе было вполнѣ правильное), больной оскорбилъ его дѣйствіемъ и такимъ образомъ попалъ въ 1915 г. на испытаніе.

Мы видимъ здѣсь какъ все концентрируется вокругъ желѣзной дороги, послѣ того какъ въ больномъ заговорила совѣсть. Въ основѣ лежитъ несоотвѣтствіе между честолюбіемъ и неумѣніемъ справиться, примѣромъ чего является постоянная безплодная борьба съ пьянствомъ.

Эротическій бредъ величія съ бредомъ преслѣдованія. Больная происходитъ изъ знатной, но неимущей семьи, родилась въ 1848 году, воспитывалась дома, получила классическое воспитаніе, проходила въ три мѣсяца курсъ гимназическаго класса. Знакома со многими учеными, хотѣла обработать серьезную историческую тему. Однако отвлеклась и написала совершенно другое; вслѣдъ за этимъ она взяла на себя другую работу по исторіи, которую пришлось бросить, потому что нужно было ухаживать за заболѣвшими родителями. Въ промежуткахъ вела пріятный образъ жизни, бывала въ обществѣ, у знакомыхъ и друзей. Въ 36 лѣтъ поселилась у брата, у котораго жена умерла, взяла на себя веденіе хозяйства; однако платила ему за содержаніе, чтобы чувствовать себя вполнѣ равноправной. Черезъ два года попала опять къ себѣ на родину; однако за это время въ ней проснулся женскій инстинктъ: „я чувствовала, что у меня въ общемъ большая склонность къ домосѣдству; хотя я опять стала бывать въ обществѣ, однако не знала, что съ собой дѣлать“. Хотѣла стать сидѣлкой къ больнымъ, однако не могла ужиться съ начальствомъ. Съ отчаянія она дала себя уговорить выйти замужъ за человѣка простого происхожденія, хотя очень милаго. Еще за 8 дней до свадьбы будущіе супруги обсуждали какъ имъ разойтись. Все же они рѣшили вступить въ бракъ, однако вскорѣ развелись по суду. Когда я впослѣдствіи указалъ испытуемой, что ея мужъ держался при этомъ очень благородно, она отвѣтила: „Если судить потому что я видѣла, то это такъ, однако если принять во вниманіе то, что я потомъ слышала и чего я доказать не могу, выходитъ совсѣмъ не то“. Такъ какъ больная была католичка и хотѣла вновь выйти замужъ, то разводъ сталъ причинять ей непріятности, появилась (вѣроятно нѣсколько позже) бредовая идея, что архіепископъ призналъ ея бракъ недѣйствительнымъ. Однако еще до развода она думала, что высокопоставленныя лица добиваются ея взаимности. Они сами, а также и другіе люди, намекали ей на это. Изъ этого ничего не вышло, такъ какъ противъ нея интриговали и стали на нее клеветать. Она стала защищаться. Появилось подозрѣніе, что она душевна больна. Въ этомъ смыслѣ и было дано заключеніе психіатромъ, повидимому, по поводу развода. Оиа ему написала, что онъ негодяй, и думаетъ теперь, что онъ изъ за этого далъ другое заключеніе, въ которомъ призналъ ее здоровой. Послѣ этого на нее была наложена опека и она боялась, что ее запрутъ въ больницу. Уже во время процесса она разъ убѣжала за границу, хотѣла тамъ подвергнуться экспертизѣ психіатра, однако, когда она узнала, что онъ пользуется извѣстностью въ томъ городѣ, гдѣ живетъ одинъ изъ ея воображаемыхъ обожателей, она пришла къ заключенію, что онъ черезъ судъ хочетъ выдать ее. Она поступила послѣ этого въ одинъ швейцарскій университетъ, гдѣ по ея мнѣнію на нее наклеветали, что она съума сошла, больна сифилисомъ и многое другое. Разъ опять убѣжала, такъ какъ боялась (безъ должныхъ основаній) интернированія; поступила въ другой университетъ, гдѣ получила степень Dr. phil. magna cum laude. Послѣ

этого она искала должности, но не получила; много путешествовала, также и въ другихъ частяхъ свѣта; все время считала, что ее преслѣдуютъ, особенно, когда она разъ отправила письмо. Она составила брошюру о нѣмецкой юстиціи, полную бредовыхъ идей. Въ промежуткахъ опять фантастическія предложенія брака со стороны высокопоставленныхъ личностей, безконечное множество клеветническихъ нападокъ, перехваченныхъ телеграммъ, экспертизъ и разныхъ поступковъ очень высокопоставленныхъ людей, причемъ въ дѣйствительности ничего подобнаго не было. Все и вся вмѣшивалось въ ея судьбу, то съ добрыми, то съ злыми намѣреніями.

Постепенно больная нѣсколько успокоилась, однако все еще думала, что всѣ, кто имѣютъ съ ней дѣло, преслѣдуютъ ее. Она занимается литературой и, что интересно отмѣтить, особенно охотно пишетъ о тайныхъ обществахъ. — Характерно нижеслѣдующее: пока она не занялась хозяйствомъ и не достигла критическаго возраста, научные интересы перевѣшивали въ ней надъ эротическими. Лишь послѣ этого въ ней появилось стремленіе къ собственному хозяйству и вмѣстѣ съ тѣмъ желаніе стать выше своего положенія; неудачное замужество, въ основѣ котораго не было никакого эротическаго чувства; бредовыя идеи, что высокопоставленныя лица добиваются ея любви; мысли о томъ, что бракъ не удается вслѣдствіе интригъ и клеветы. Несмотря на высокій интеллектъ и обширное образованіе, больная была не въ состояніи, несмотря на всѣ указанія, корригировать даже самыя нелѣпыя бредовыя идеи, вродѣ того напр. что психіатръ требовалъ въ чужомъ ему университетѣ ея исключенія, что въ Америкѣ сестра милосердія могла безъ особыхъ формальностей запереть ее въ сумасшедшій домъ и т. д. Вмѣстѣ съ тѣмъ она могла въ короткій срокъ добиться степени Doctor philosophiae magna cum laude.

Очень интересно сама больная описываетъ, на основаніи какихъ намековъ она строитъ свои комбинаціи: „я добралась до всей этой исторіи по каплямъ, то одинъ мнѣ скажетъ слово, то другой, и такъ я составила всю исторію, какъ мозаику“.

Бредъ преслѣдованія и сутяжничество. Литераторъ; родился въ 1857, гимназическое образованіе, съ 25 лѣтъ плохо сталъ слышать и потомъ оглохъ. Работалъ въ газетѣ, хорошо зарабатывалъ, былъ щедръ по отношенію къ своимъ сестрамъ и никакихъ сбереженій себѣ не составилъ. Въ раннемъ юношествѣ проявлялись нѣкоторые признаки легкомыслія. Чтобы покрыть расходы по своему образованію, онъ, какъ и второй братъ отказался отъ наслѣдства послѣ отца. Въ концѣ 90-хъ годовъ онъ началъ становится впечатлительнѣе, не могъ ужиться съ сестрой у которой онъ жилъ, ни съ товарищами по газетѣ, выступилъ оттуда, попытался достать себѣ должность въ другомъ городѣ, но потерпѣлъ неудачу. Сталъ заниматься коммерціей, прожектерствовалъ нѣсколько чудно, хотя и не съ очень широкимъ размахомъ, все это было совершенно чуждо его прежнимъ занятіямъ; постепенно онъ впалъ въ нужду. Тутъ то у него началась борьба за существованіе, т. е. за наслѣдство, которое было якобы достаточно велико, чтобы можно было имъ жить. Онъ сдѣлалъ попытку получить обратно свою росписку объ отказѣ отъ наслѣдства; когда его отецъ составилъ завѣщаніе, по которому онъ всеже отказалъ ему ту треть состоянія, которая приходилась ему, если бы онъ не отказался, больной поѣхалъ домой, устроилъ большой скандалъ, хотѣлъ вынудить у отца другое завѣщаніе. Составленное завѣщаніе онъ сталъ оспаривать, по всевозможнымъ поводамъ; утверждалъ, что отецъ обѣщалъ ему нетолько его собственную долю наслѣдства, но и долю умершей сестры. Утащилъ у отца разныя бумаги. Послѣ смерти отца, послѣдовавшей вскорѣ затѣмъ, шуринъ заключилъ съ больнымъ договоръ, что онъ ему выплатитъ больше чѣмъ ему слѣдуетъ по наслѣдству, если тотъ откажется отъ всякихъ дальнѣйшихъ претензій и выдастъ бумаги. Однако больной не выдалъ бумагъ и сталъ требовать еще больше (такъ какъ на обѣщанныя деньги онъ не могъ жить); на судѣ онъ обвинялъ сестру и шурина въ обманѣ, вымогательствѣ, сокрытіи имущества, лжесвидѣтельствѣ и другихъ преступленіяхъ. Такъ какъ суды не могли признать его жалобъ, онъ сталъ нападать и на нихъ, частью въ многочисленныхъ заявленіяхъ, частью въ печати; благодаря послѣдней ему удалось убѣдить нѣкоторыхъ очень уважаемыхъ лицъ, что юстиція ихъ кантона ведетъ себя несправедливо. Со своимъ собственнымъ адвокатомъ онъ тоже затѣялъ тяжбу, такъ какъ не хотѣлъ заплатить ему гонораръ.

Кое гдѣ онъ подвиралъ, однако въ общемъ онъ вѣрилъ въ справедливость своего дѣла; что онъ ничего не могъ доказать, этого онъ не замѣчалъ. Онъ

двигался какъ бы по кругу: шуринъ забралъ его долю; доказательства: иначе онъ не устроилъ бы скандала; шуринъ устроилъ скандалъ; доказательство: иначе онъ бы ничего не получилъ (нелѣпость этихъ выводовъ замаскировывалась необычайнымъ количествомъ словъ). Факты, необходимые для достиженія цѣли по просту выдумывались (иллюзіи памяти). Тѣ письма, которыя больному не подходящи, онъ просто считаетъ поддѣльными; онъ даже сейчасъ же узнаетъ, кто ихъ диктовалъ.

Въ этомъ случаѣ разстройство мышленія затрагиваетъ также и область математики. Больной не въ состояніи рѣшить задачу, имѣющую для него важное практическое значеніе: если шесть братьевъ и сестеръ должны раздѣлить между собой наслѣдство въ 50 тыс. фр., такъ что трое получаютъ только законную долю, то сколько каждый долженъ получить. Онъ безнадежно путаетъ законную долю и все наслѣдство, и такъ смѣшиваетъ понятія, что на его долю всегда приходится очень много. Многодневные разговоры не могутъ ничего ему выяснить; такимъ же образомъ, онъ путаетъ и другія простыя для него понятія, тамъ гдѣ это необходимо для его цѣлей; такъ, онъ не въ состояніи различить наслѣдственное право отъ права покупки. Онъ не въ состояніи узнавать одни и тѣ же событія, разъ только они касаются его и его противниковъ. Его безсознательная, но единственная для него правильная логика, носитъ аффективный характеръ: онъ нуждается, его сестры въ матеріальномъ отношеніи лучше обезпечены чѣмъ онъ, слѣдовательно, онъ больше нуждается въ наслѣдствѣ чѣмъ онѣ. Разумъ приходитъ только на помощь, чтобы способствовать реализаціи этого желанія. У больного образуются идеи безъ всякаго основанія (большей частью обманы памяти), однако также предпосылки разныхъ соотношеній; что противорѣчитъ его идеямъ, онъ по просту выбрасываетъ изъ логической связи. Съ нимъ совершенно невозможно столковаться. Онъ твердо убѣжденъ, что судъ и сестры его обманываютъ, все остальное изъ этого вытекаетъ. Обратно, то есть доказать преступленіе на основаніи фактовъ онъ не въ состояніи. Преступленіе для него аксіома, изъ которой онъ исходитъ. Онъ даже не въ состояніи понять другихъ, когда они требуютъ доказательствъ. Для него все „логически доказано, самоочевидно, не требуетъ никакого доказательства, онъ все это испыталъ на собственной шкурѣ“.

Послѣ наложенія опеки и отказа по всѣмъ его жалобамъ больной еще нѣкоторое время держался активно, между прочимъ убѣдилъ одного очень извѣстнаго крупнаго писателя, „что онъ въ психіатріи не нашелъ никакой защиты“, однако, повидимому, онъ постепенно сталъ успокаиваться. Во всякомъ случаѣ онъ въ отличіе отъ чистыхъ сутягъ пересталъ судиться. Интересно, что онъ съ особой любовью пишетъ о сильныхъ людяхъ à la Napoleon.

Случай Вагнера. Бредъ величія и бредъ преслѣдованія. Многократное убійство и поджогъ[1]). Въ ночь съ 3-го на 4-ое сентября 1913 г. 39-лѣтній учитель Вагнеръ убилъ своихъ четырехъ дѣтей и жену въ то время какъ они спали; затѣмъ на слѣдующую ночь онъ поджогъ нѣсколько домовъ въ другомъ селеніи, гдѣ онъ раньше учительствовалъ и открылъ стрѣльбу по мужчинамъ даннаго села, убилъ изъ нихъ 9 и 11 тяжело ранилъ Уже ребенкомъ онъ легко обижался, былъ честолюбивъ и много воображалъ о себѣ. Въ дальнѣйшемъ носился съ поэтическими планами, съ планами реформъ для улучшенія міра. Въ его сексуальной сферѣ наблюдалось очень сильное животное влеченіе, однако онъ проявлялъ „неохоту“ къ браку и, повидимому, не имѣлъ инстинктовъ отца, хотя и любилъ своихъ дѣтей въ общечеловѣческомъ смыслѣ.

Его высоко развитое чувство собственнаго достоинства тяжело страдало отъ многолѣтней, безуспѣшной борьбы съ онанизмомъ. Въ 1901 г. онъ разъ подъ вліяніемъ алкоголя далъ себя увлечь до акта содоміи, послѣ чего у него появилось ужасное чувство виноватости, съ постояннымъ страхомъ насмѣшекъ и ареста; вскорѣ это перешло въ бредъ отношенія и вызвало въ немъ убѣжденіе, что жители деревни знаютъ объ его преступленіи и говорятъ объ этомъ. Самообвиненіе онъ перенесъ на всю семью: всѣхъ „Вагнеровъ“ надо уничтожить; затѣмъ его ненависть перешла на все человѣчество и прежде всего на жителей его села, которые якобы плохо съ нимъ обращались. По отношенію къ себѣ самому онъ держался двойственной оцѣнки; съ одной стороны онъ считалъ себя человѣкомъ, который не достоинъ жить, съ другой стороны онъ счи-

[1]) По Gaupp у. Къ психологіи массоваго убійства. I Bd. 3 Heft „Преступные типы“ Gruhle и Wetzel. Springer, Berlin 1914.

талъ себя геніемъ, который, по меньшей мѣрѣ, не уступаетъ другимъ великимъ поэтамъ. Ставилъ себя въ параллель, а иногда и выше Нерона, а съ другой стороны сравнивалъ себя съ Христомъ. Въ 1902 году онъ былъ переведенъ въ другое мѣсто, тамъ въ теченіе 6—7 лѣтъ былъ сравнительно спокоенъ, хотя ни разу не бросилъ своей бредовой системы, которую онъ продолжалъ развивать. Вскорѣ онъ сталъ думать, что и на новомъ мѣстѣ пошли про него всякаго рода замѣчанія и насмѣшки. Вслѣдствіе этого явился планъ, который онъ уже тогда разработалъ до мельчайшихъ подробностей, убить семью, какъ изъ состраданія, такъ и по соображеніямъ расовой гигіены, затѣмъ поджечь деревню, гдѣ онъ раньше служилъ и уничтожить ее вмѣстѣ съ ея лицемѣрнымъ населеніемъ. Основной потребностью являлось для него уничтоженіе, „спасеніе", его дѣтей, однако въ той же мѣрѣ его занимали месть и презрѣніе по отношенію къ жителямъ деревни. Жену онъ считалъ необходимымъ убрать изъ этого міра изъ чувства состраданія.

Такой человѣкъ, какъ онъ, подчиняется особеннымъ законамъ, онъ нетолько въ правѣ, онъ даже обязанъ такъ поступить. Свой планъ онъ считаетъ „дѣломъ всего человѣчества". Четыре года онъ медлилъ съ выполненіемъ этой грязной работы. Однако когда его перевели въ третье мѣсто, гдѣ онъ сразу сталъ центромъ трактирныхъ разговоровъ, онъ планомѣрно все выполнилъ. Въ своихъ ощущеніяхъ, равно какъ въ оцѣнкѣ самого себя онъ проявлялъ полную двойственность (амбивалентность). И въ больницѣ онъ во время посѣщенія родственниковъ былъ такъ мягокъ, что онъ не хотѣлъ ихъ видѣть и вмѣстѣ съ тѣмъ онъ носился съ самыми кровожадными планами и выполнилъ ихъ. (См. ниже разсужденія этого больного о „грубости слабости").

Современная картина болѣзни паранои создана Kraepelin'ымъ. Она характеризуется, по его словамъ „постепеннымъ, основаннымъ на внутреннихъ причинахъ развитіемъ постоянной, непоколебимой бредовой системы, которая идетъ параллельно съ полной сохранностью, ясностью и порядкомъ въ мышленіи, волѣ и дѣйствіи." Раньше этимъ именемъ обозначали много болѣзней; въ концѣ прошлаго столѣтія стали считать существеннымъ признакомъ этой болѣзни болѣе или менѣе изолированное разстройство дѣятельности разума, а такъ какъ всякая бредовая идея и галлюцинація представляютъ такого рода разстройство, то считали себя въ правѣ причислять къ этой категоріи большинство душевныхъ болѣзней, что и стали всѣ дѣлать съ большой охотой. Исходя изъ этихъ кабинетныхъ представленій, стали, въ концѣ концовъ, относить сюда острыя формы съ бредовыми идеями и галлюцинаціями. Такъ какъ подобные острые синдромы относятся большей частью къ шизофреніи, въ теченіе которой наблюдаются и хроническія бредовыя идеи, то выходило такъ, что теоретическое смѣшеніе принципіально различныхъ острыхъ и хроническихъ состояній не казалось у постели больного такимъ нелѣпымъ, какимъ оно было въ дѣйствительности. Между тѣмъ картина болѣзни Kraepelin'овской паранои и присоединенныхъ сюда острыхъ формъ помѣшательства настолько же похожи другъ на друга какъ напр. тифъ и переломъ ноги, хотя и та и другая болѣзнь не даетъ больному ходить и приковываетъ его къ постели.

Понятіе паранои продѣлало лучшее развитіе у французовъ, которые въ глубокихъ изслѣдованіяхъ выяснили психологію бредовыхъ формъ, однако не могли выдѣлить dementia praecox и дѣлили болѣзнь по содержанію бреда.

Существеннымъ въ паранойѣ является бредовая система, то есть зданіе, составленное изъ бредовыхъ идей, находящихся въ извѣстной логической связи и не имѣющихъ внутреннихъ противо-

рѣчій, хотя въ общемъ логика не вездѣ убѣдительна. То обстоятельство, что бредъ, тѣмъ не менѣе, кажется здоровому человѣку не только недостаточно обоснованнымъ, но даже нелѣпымъ, объясняется тѣмъ, что больной исходитъ изъ ложныхъ предпосылокъ и не доступенъ критикѣ. Изъ году въ годъ, въ какомъ бы углу земного шара больной не находился, его преслѣдуетъ шайка заговорщиковъ или же онъ сдѣлалъ великое изобрѣтеніе и его хотятъ лишить возможности практически его примѣнить, или онъ является претендентомъ на тронъ, пророкомъ и т. д. и хочетъ добиться своего.

Болѣе подробно мы знаемъ до сихъ поръ только преслѣдуемыхъ; въ виду этого наше описаніе можетъ быть перенесено на другія формы только съ большой осторожностью.

Ложными предпосылками являются болѣзненное пріурочиваніе всего къ себѣ и обманы памяти. Въ одномъ какомъ либо направленіи у больныхъ имѣется чрезмѣрная ассоціативная готовность. Они относятъ къ себѣ цѣлый рядъ безразличныхъ или невинныхъ происшествій. Дѣти бѣгутъ за экипажемъ, въ которомъ параноикъ ѣдетъ; они насмѣхаются надъ нимъ или желаютъ этимъ выразить, что ему предстоитъ высокое положеніе. Кто то кашляетъ; это сигналъ, что онъ долженъ быть на чеку или что ему здѣсь не мѣсто или что кто то другой долженъ за нимъ слѣдить. Кто то зѣваетъ; это значитъ, что онъ лѣнтяй; если двое смѣются, это значитъ, что они смѣются надъ нимъ. Въ газетѣ онъ нашелъ выраженіе, которое онъ употреблялъ послѣднее время, изъ этого слѣдуетъ, что вся статья направлена спеціально противъ него. Высокопоставленный чинъ посмотрѣлъ въ его окно: онъ имѣетъ важное къ нему порученіе или онъ видитъ въ больномъ своего будущаго властелина. Пасторъ говоритъ проповѣдь о Іудѣ: вся община знаетъ, что имѣется въ виду больной. На улицѣ всѣ на него многозначительно смотрѣли. Большей частью отъ событія до его истолкованія въ смыслѣ бреда отношенія проходитъ скрытый періодъ продолжительностью отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ лѣтъ, чаще всего, однако, въ одинъ день. Здоровый, обычно, перерабатываетъ свои переживанія впослѣдствіи (сознательно, а чаще безсознательно) большей частью въ смыслѣ всесторонняго соотношенія съ дѣйствительностью и исправленія случайныхъ неправильностей; параноикъ же въ теченіе скрытаго періода сопоставляетъ свои воспріятія съ бредомъ и искажаетъ ихъ въ этомъ направленіи.

Иногда утвержденіе больного имѣетъ такой нелѣпый характеръ, что задаешь себѣ вопросъ, насколько мы имѣемъ здѣсь дѣло съ иллюзіями чувствъ. Наряду съ самыми банальными происшествіями больной разсказываетъ и совершенно невозможныя вещи: несмотря на то, что онъ совершенно безшумно вошелъ въ театръ, вся публика оглянулась на него; пасторъ говорилъ о такихъ вещахъ, которыя онъ обыкновеннымъ путемъ никакъ не могъ узнать; благовоспитанные люди показываютъ больному языкъ. Несомнѣнно, иногда, могутъ играть роль и настоящія иллюзіи, какъ и у здоровыхъ въ состояніи аффекта. Однако, всякій разъ, когда я могъ подробно изслѣдовать такого больного, онъ ощущалъ и воспринималъ совершенно правильно, но перерабатывалъ эти ощущенія и воспріятія, часто непосредственно

тутъ же; въ дальнѣйшемъ онъ оперируетъ въ своихъ мысляхъ лишь этими передѣланными псевдовоспріятіями, которыя онъ считаетъ дѣйствительными. Такимъ образомъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ присоединяющимися обманами памяти, которые, впрочемъ, наблюдаются и у здоровыхъ людей; существуютъ люди, которые только post factum искажаютъ свои воспоминанія и имъ начинаетъ казаться, что ихъ обидѣли.

Понятнѣе для насъ болѣе сложныя иллюзіи памяти, затрагивающія цѣлое дѣйствіе; врачъ во время бесѣды, которая дѣйствительно имѣла мѣсто, якобы сказалъ, что больной совершенно здоровъ, что ожидаемое возвышеніе наступитъ черезъ годъ. Кельнерша подала больному вишни, больной потомъ убѣжденъ, что ему прислуживалъ шуринъ, котораго онъ обвиняетъ въ отравленіи. Его жена встрѣтила на лѣстницѣ одного господина; больной поэтому убѣжденъ, что она, проходя мимо, подала ему знакъ, на который тотъ многозначительно отвѣтилъ. Въ этихъ случаяхъ между событіемъ и готовой переработкой, обычно, проходитъ больше времени, минимумъ ночь, часто больше, годъ и даже десятилѣтія. Опираясь на постоянно повторяющіяся „переживанія" такого рода больной совершенно логично долженъ придти къ мысли что люди относятся къ нему, какъ то по особенному; онъ, однако, идетъ дальше и уже знаетъ, чего они отъ него хотятъ. Они хотятъ его преслѣдовать или хотятъ подготовить его возвышеніе въ высокій санъ и онъ знаетъ, почему они это дѣлаютъ. Послѣднее онъ, конечно, не можетъ съ несомнѣнностью умозаключить, однако, такъ какъ въ основѣ для него дѣло несомнѣнно и ясно, онъ удовлетворяется вѣроятными выводами, которые онъ считаетъ точно доказанными. Общая критика невозможна. Правда, иногда онъ признаетъ что та или иная изъ его идей недостаточно обоснована, даже прямо невѣрна; это однако не мѣшаетъ тому, что все остальное остается по прежнему несокрушимо прочнымъ.

Внѣ бредовой системы и всего того, что съ ней связано, логика больного и ходъ его мыслей, при нашихъ, по крайней мѣрѣ, способахъ изслѣдованія, представляется совершенно ненарушенной. Если онъ вообще достаточно развитъ, онъ можетъ стать пасторомъ, архитекторомъ, университетскимъ профессоромъ; если не считаться съ косвенными затрудненіями, которыя причиняютъ ему его бредовыя идеи, онъ можетъ довольно не дурно справляться со своимъ дѣломъ. Во всемъ, что касается бредовыхъ идей, параноики очень вѣрятъ всему, что подтверждаетъ ихъ и съ большимъ недовѣріемъ относятся ко всему, что имъ не подходитъ. Получается впечатлѣніе, что эта черта проявляется также и внѣ бреда, что она или распространилась изъ болѣзни или составляетъ часть индивидуальнаго характера больного. И въ другихъ функціяхъ не удается обнаружить первичныхъ разстройствъ.

Ощущенія и воспріятія органовъ чувствъ не разстроены. Галлюцинаціи отсутвуютъ почти всегда. Однако, совершенно исключить ихъ нельзя, такъ какъ онѣ могутъ наблюдаться и у здоровыхъ. У параноиковъ бываютъ состоянія сильнаго возбужденія или

экстаза, протекающія съ галлюцинаціями, при этомъ слухъ и зрѣніе поражаются больше всего, въ тяжелыхъ острыхъ состояніяхъ, пожалуй, также обоняніе и вкусъ.

Память, если не считать иллюзій, хороша. Галлюцинацій памяти, повидимому, не наблюдается. Съ другой стороны, понятно, что односторонніе интересы больного заставляютъ односторонне подбирать и матеріалъ доставляемый памятью.

Оріентировка во времени и пространствѣ всегда нормальна. Нарушается она только въ—очень рѣдкихъ—психогенныхъ сумеречныхъ состояніяхъ.

Состояніе вниманія находится въ соотвѣтствіи съ тѣмъ, что больной вполнѣ поглощенъ бредовыми идеями.

Если считаться съ послѣдними, то вниманіе можно считать нормальнымъ; всеже приходится признать, что вниманіе односторонне направлено, ибо имѣется ассоціативная готовность для всего, что способствуетъ бредовымъ идеямъ. Нѣкоторые авторы упоминаютъ однообразный ходъ мыслей, однако это не всегда такъ; почти всякаго параноика можно иногда отвлечь, а у нѣкоторыхъ имѣются еще живые интересы и внѣ бреда.

Аффективная сфера, при непосредственномъ наблюденіи, производитъ впечатлѣніе первично нормальной. Понятно, что больной, который только что замѣтилъ, что и въ новомъ убѣжищѣ его нашли преслѣдователи, будетъ подавленъ или раздраженъ. Мегаломанъ, до котораго только что дошла съ неба или отъ императора вѣсть о его новомъ призваніи, будетъ, конечно, въ состояніи блаженства. Все это совпадаетъ съ нормальной аффективной реакціей, поскольку мы учитываемъ состояніе аффекта, какъ таковаго. Говорятъ, что эти больные раздражительны; я не знаю, правильно ли это въ общепринятомъ смыслѣ. И здоровый человѣкъ раздражается, если надъ нимъ постоянно издѣваться, въ среднемъ онъ даже раздражается сильнѣе, чѣмъ большинство этихъ больныхъ, которые поразительно много готовы сносить. Затѣмъ имѣются параноики, которые отличались раздражительностью еще раньше, чѣмъ у нихъ проявилась болѣзнь; послѣдняя, слѣдовательно, является не причиной, а скорѣе слѣдствіемъ темперамента. Среди параноиковъ можно найти и спокойныя натуры: сангвиниковъ я еще не видѣлъ.

Параноя якобы губитъ нравственность; строго говоря, это не вѣрно. Нравственное чувство, какъ таковое, не затрагивается, однако болѣзненная логика настолько цѣликомъ захватывается бредомъ, что больные часто не въ состояніи ни признать, ни воспринять справедливыя притязанія другихъ. Затѣмъ ихъ дѣло является для нихъ единственно важнымъ, я сказалъ бы даже единственно святымъ на свѣтѣ, и въ сравненіи съ этимъ одна или другая ложь или даже насиліе теряетъ всякое значеніе и оправдывается и освящается высокой цѣлью.

Внутреннему подраздѣленію паранояльныя формы могутъ быть подвергнуты лишь по признакамъ содержанія бреда [1],

[1]) Естественное подраздѣленіе паранои пришлось бы, прежде всего, основывать на особенностяхъ склада, лежащихъ въ основѣ болѣзни и затѣмъ на генезѣ болѣзни.

что въ свою очередь обусловливается складомъ характера и другими внутренними и внѣшними предпосылками. Наиболѣе часто врачъ видитъ формы умаленія, которыя въ свою очередь распадаются на собственно бредъ преслѣдованія (самая обыкновенная форма), паранояльное сутяжничество и бредъ ревности.

У преслѣдуемаго имѣются злые люди, которые не даютъ ему ходу въ жизни изъ ревности или изъ какихъ либо другихъ своекорыстныхъ видовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ они чинятъ ему козни, клевещутъ на него, лишаютъ его должности, желаютъ его отравить (но не физикальный бредъ преслѣдованія). Куда бы больной не пошелъ, отъ него не отстаютъ преслѣдователи, переодѣтые или нѣтъ, или же вмѣсто нихъ онъ видитъ ихъ дѣйствія, письма, натравливаніе окружающихъ, выраженіе презрѣнія.

Паранояльный сутяга, большей частью, разъ въ жизни потерялъ процессъ и при этомъ не получилъ того правосудія, котораго онъ ждалъ. Онъ аппеллируетъ, получаетъ опять отказъ, идетъ по всѣмъ инстанціямъ, однако не успокаивается и послѣ послѣдней и находитъ опять причины затѣять новый процессъ. Въ началѣ мотивы носятъ правовой характеръ, въ дальнѣйшемъ присоединяются другіе мотивы матеріальнаго характера; съ одной стороны, и судьи не все оставляютъ безнаказаннымъ, накладываютъ на него штрафы, кладутъ подъ сукно неправомѣрное заявленіе или не разсматриваютъ ихъ такъ, какъ того хотѣлось больному. Съ другой стороны, послѣдній раздражается, упрекаетъ судей и въ концѣ концовъ, всѣхъ чиновниковъ, съ которыми имѣетъ дѣло въ пристрастіи, нарушеніи закона, въ сговорѣ; онъ осыпаетъ бранью и своихъ адвокатовъ и противную сторону, что вызываетъ жалобы. Такимъ образомъ, дѣло никакъ не можетъ исчерпаться и, наоборотъ, постоянно разростается, пока наконецъ интернированіе или наложеніе опеки даетъ хоть на время покой, по крайней мѣрѣ, хоть судьямъ. Всѣ непріятности, которыя больной претерпѣваетъ, онъ считаетъ грубой несправедливостью, и весь міръ долженъ быть заинтересованъ въ томъ, чтобы оградить или отомстить за него. Того, что онъ причиняетъ другимъ, больной совсѣмъ не замѣчаетъ. Онъ совершенно не учитываетъ ни собственной брани, ни клеветы и приходитъ въ сильное изумленіе и возмущеніе, когда противники на это реагируютъ. Его логика признаетъ въ законахъ почти исключительно то, что можно повернуть въ свою пользу. Характерно при этомъ, что изъ этого одного процесса обычно исходятъ всѣ остальные.

При этомъ паранояльные сутяги не только ловкіе діалектики, но они также основательно изучаютъ законы, которые они, правда, толкуютъ очень односторонне. Если психіатръ въ своей экспертизѣ послѣ тщательнаго просмотра безконечнаго количества килограммовъ актовъ упустилъ какую либо мелочь, онъ можетъ быть увѣренъ, что больной ему этого такъ не оставитъ.

Сутяжный бредъ можетъ наблюдаться въ органической связи съ опредѣленно паранояльной бредовой системой, такимъ образомъ, мы имѣемъ доказательство, что его не слѣдуетъ отдѣлять отъ параной: механикъ, 53 лѣтъ, подалъ жалобу съ цѣлью развода со своей второй женой, которая выпивала, и выигралъ процессъ. На судѣ онъ описывая сцену съ женой, которая его вывела изъ себя выразился, что онъ, грубоватъ немного (ein grober Hagel). Въ приго-

ворѣ суда, гдѣ его выраженіе было переведено съ швейцарскаго діалекта на литературно нѣмецкій языкъ было указано, что онъ самъ призналъ, что онъ жестокій человѣкъ, (brutaler Mensch) изъ чего вытекаетъ, что вина нетолько на сторонѣ жены, и что онъ долженъ заплатить часть судебныхъ издержекъ. Это выраженіе разстроило его и онъ потребовалъ кассаціи приговора; вообще не хотѣлъ признать развода, демонстративно посѣщалъ многократно свою жену, пошелъ по всѣмъ возможнымъ и невозможнымъ инстанціямъ, ругалъ власти, запустилъ свою работу и, въ концѣ концовъ, сталъ дѣлать странные долги, такъ онъ купилъ костюмъ, увѣрялъ, что онъ уже заплоченъ, затѣмъ заставилъ продавца подать жалобу на него, вчинилъ встрѣчный искъ и, когда кредиторъ пришелъ къ нему покончить дѣло миромъ, онъ его выбросилъ изъ дому. Послѣ этого пришлось больного помѣстить въ больницу. Это былъ живой, въ сущности добродушный человѣкъ, который не прочь былъ подняться нѣсколько выше въ жизни не имѣя однако силы сдѣлать это (обычный внутренній разладъ параноиковъ). Въ одномъ отношеніи онъ правда кой чего достигъ: „онъ простой рабочій“ смогъ на общинныхъ собраніяхъ и на выборахъ провести свои взгляды, не смотря на сопротивленіе уважаемыхъ лицъ — и тѣмъ не менѣе онъ остался простымъ рабочимъ, а одинъ изъ его противниковъ достигъ высшихъ возможныхъ въ Швейцаріи степеней, другой занялъ тоже очень высокую должность (чувствительный ударъ его тщеславію). Отношеніе его къ женѣ напоминаетъ обычное отношеніе къ супругу пьяницѣ. Въ дѣйствительности онъ ее еще любитъ, съ другой стороны она такъ себя вела, что онъ долженъ былъ развестись, и, не смотря на свой высокій возрастъ, онъ мечтаетъ о лучшемъ бракѣ (второй конфликтъ). Этимъ объясняется комплексная чувствительность по отношенію къ приговору, выиграннаго процесса и этимъ же обясняется не признаніе развода, котораго онъ самъ хотѣлъ. Въ его сознаніи, конечно, обоснованіе носитъ другой характеръ: его видные политическіе противники хотятъ ему отомстить, они побудили судей вынести такой приговоръ, съ тѣмъ чтобы каждая, кто захочетъ выйти за него замужъ должна была справляться о его жестокости, и такимъ образомъ, они получаютъ возможность унизить его и помѣшать его вторичному браку. Но такъ какъ больной по натурѣ эйфориченъ и не страдаетъ недовѣрчивостью, развитіе его бреда приняло не совсѣмъ обычное направленіе: такъ какъ съ нимъ обращались, собственно говоря, довольно снисходительно, хотя онъ своими дѣйствіями и долгами вышелъ за предѣлы позволительнаго, то, повидимому, его враги не очень то желаютъ ему зла или же они не хотятъ допустить, чтобы ихъ соучастіе дошло до суда, поэтому они за его спиной платятъ всѣ его долги и онъ чтобы испытать ихъ дѣлалъ все новые долги, продавалъ заложенную мебель и. т. д.

Ревнивые больные — это большею частью женщины (алькогольный бредъ ревности сюда не относится). Онѣ во всемъ видятъ доказательство, что мужъ обманываетъ ихъ съ разными другими женщинами, заводитъ связь какъ со старой прачкой, такъ и съ красивой дочкой сосѣда, даетъ имъ деньги и. т. д.

Въ теченіе паранои наблюдается якобы ипохондрическій бредъ; я этого еще ни разу не видѣлъ.

Въ формахъ бредового умаленія можно почти всегда отмѣтить болѣе или менѣе ярко выраженный оттѣнокъ идей величія. Повышенное чувство собственнаго достоинства почти у всѣхъ этихъ больныхъ имѣется, они считаютъ себя въ томъ или иномъ смыслѣ незаурядными людьми. Бредъ преслѣдованія отчасти изъ этого исходитъ, ибо они возбуждаютъ зависть другихъ, которымъ они становятся поперекъ дороги т. д. Съ другой стороны, и тамъ, гдѣ господствуетъ бредъ величія, рѣдко отсутствуетъ чувство преслѣдованія; послѣднее особенно у эротиковъ почти равносильно главному бреду.

Изъ мегаломановъ надо сначала отмѣтить изобрѣтателей на всѣхъ поприщахъ техники. Часто идея ихъ въ общемъ не дурная, но они не замѣчаютъ какого либо дефекта въ своихъ разсужденіяхъ, а между тѣмъ неудача именно этимъ обясняется. Когда

Цеппелина и Райта еще не было, излюбленнымъ объектомъ для изобрѣтателей были управляемые воздушные корабли, полвѣка раньше perpetuum mobile. За техническимъ изобрѣтателемъ слѣдуютъ больные съ открытіями въ области разныхъ наукъ, здѣсь уже часто можно видѣть путанныя вещи. Полную волю своимъ комбинаціямъ даютъ пророки въ области религіозной и политической, которымъ часто удается найти много послѣдователей и добиться нѣкотораго значенія (примѣры см. книгу Ломброзо, Геніальный человѣкъ).

Къ числу этихъ послѣднихъ нужно, пожалуй, отнести и массового убійцу Вагнера (см. выше), затѣмъ Потапкина, который заразилъ или по крайней мѣрѣ, увлекъ своимъ ученіемъ о возвращеніи къ первобытному состоянію почти все населеніе своей деревни въ Орловской губ., такъ что многіе подверглись наказанію за преступленія противъ религии [1]).

Генеалоги или interprétateurs filiaux французовъ, параноики съ бредомъ знатнаго происхожденія осуществляютъ въ болѣзни обычную мечту многихъ дѣтей, которая находитъ свое отраженіе даже въ сказкахъ: они лишь подкинуты или отданы на воспитаніе своимъ бѣднымъ родителямъ; въ дѣйствительности же они княжескія дѣти и по какимъ либо фантастическимъ основаніямъ, которымъ больные придаютъ болѣе или менѣе правдоподобный характеръ, ихъ нельзя было воспитывать въ обстановкѣ, соотвѣтствующей ихъ высокому происхожденію. Однако, придетъ время или наступитъ какое либо событіе, и тогда они займутъ подобающее имъ общественное положеніе.

Эротики убѣждены что въ нихъ влюблены высокостоящія и даже высочайшія особы, которыхъ они преслѣдуютъ всевозможнаго рода заявленіями, что они готовы вступить въ бракъ; или же больные при помощи хитрости или насилія проникаютъ въ квартиры этихъ лицъ и тамъ требуютъ, чтобы съ ними обращались какъ съ супругами. Въ ихъ неудачахъ повинны, конечно, интриги другихъ, козни, которыя обычно больной, болѣе или менѣе, опредѣленно продумываетъ въ деталяхъ въ свойственной параноикамъ манерѣ.

Всѣ эти формы очень эгоцентричны. Вся бредовая система вращается вокругъ больного, его желаній и опасеній. Однако мыслимы и другія формы. Такъ я по судебнымъ актамъ ознакомился съ однимъ пасторомъ, который много лѣтъ страдалъ бредовой идеей, что его сосѣди истязаютъ своихъ дѣтей. Насколько я знаю, этотъ случай можно отнести только къ категоріи параноиковъ. Бредовая идея станетъ понятной, если предположить, что больной страдаетъ вытѣсненнымъ садизмомъ и мазохизмомъ.

Теченіе параноы всегда очень хроническое. Часть больныхъ, но не всѣ, обращаютъ на себя вниманіе и раньше при тщательномъ наблюденіи упрямствомъ, неправильнымъ истолкованіемъ поступковъ другихъ, впечатлительностью. Продромальная стадія, можно сказать, никогда не поступаетъ подъ врачебное наблюденіе, и родные обычно ничего не могутъ разсказать объ этомъ періодѣ, такъ какъ больные держатся въ это время очень замкнуто. Для обычныхъ книжныхъ описаній моделью служили, повидимому, скорѣе параноиды, чѣмъ параноики. На слова самихъ больныхъ совсѣмъ нельзя полагаться, такъ какъ какъ разъ въ этомъ направленіи у нихъ имѣется

[1]) Monatschr. f. Kriminalpsychologie II, 1905/06 Стр. 493

масса иллюзій памяти. Во всякомъ случаѣ обычно болѣзнь требуетъ много лѣтъ для развитія: преслѣдуемые съ начала становятся недовѣрчивыми, но еще способны до извѣстной степени относиться критически къ своимъ выводамъ; постепенно они укрѣпляются въ своихъ мысляхъ и потомъ въ дальнѣйшемъ ихъ уже съ этого сбить трудно.

То же наблюдается въ нѣкоторыхъ формахъ бреда величія, въ которыхъ высокомѣрная переоцѣнка своей личности и тайныя надежды медленно выращиваются до размѣра бредовыхъ идей. Однако и тутъ и тамъ иногда „просвѣтлѣніе“ можетъ внезапно сдѣлать болѣзнь явной. У сутягъ оно обычно пріурочивается къ первому судебному рѣшенію, однако иногда бредовыя идеи и все сутяжничество достигаетъ полнаго развитія въ теченіе многихъ лѣтъ.

Параноя часто проявляется лишь въ зрѣломъ возрастѣ — по Kraepelin'у въ ²/₃ всѣхъ случаевъ лишь за 30 лѣтъ. Однако попадаются случаи, которые заболѣваютъ и въ 20 лѣтъ. Такъ наз. прирожденное помѣшательство Sanders'a, которое якобы появляется въ дѣтствѣ, во всякомъ случаѣ чрезвычайно рѣдко, если вообще даже допустить, что оно существуетъ.

Во всѣхъ формахъ чередуются періоды (тянущіеся мѣсяцами и годами) болѣе сильнаго образованія бреда съ соотвѣтствующей реакціей и болѣе спокойныя фазы, въ теченіе которыхъ больные могутъ легче ужиться съ другими людьми и заниматься своимъ дѣломъ. Большей частью эти возбужденія и успокоенія обусловливаются, повидимому, внутренними причинами: въ другихъ случаяхъ, въ особенности у преслѣдуемыхъ, эти колебанія особенно часто связываются съ перемѣной обстановки, послѣ чего больные, обычно, первое время чувствуютъ себя, какъ бы въ безопасности: постепенно однако больной начинаетъ связывать съ новой обстановкой старыя бредовыя идеи. Часто переломъ происходитъ послѣ отправленія письма. До этого больной считалъ, что его убѣжище скрыто отъ всѣхъ; теперь же его адресъ сталъ извѣстнымъ отъ получателей письма или благодаря нескромности почты, и погоня опять началась. Многіе больные поэтому переѣзжаютъ всю жизнь съ мѣста на мѣсто, каждый разъ уѣзжаютъ возможно дальше отъ перваго мѣстожительства и такимъ образомъ объѣзжаютъ весь свѣтъ. Въ психіатрической больницѣ въ Вашингтонѣ мнѣ сказали, что эта столица величайшей республики особенно притягиваетъ къ себѣ параноиковъ всего свѣта, такъ какъ они надѣются на защиту президента Соединенныхъ Штатовъ.

Выздоровленіе отъ паранои надо думать не наблюдается. Немногіе описанные въ литературѣ случаи этого рода можно безъ всякой натяжки считать шизофрениками. Меньше всего это относится къ случаю Bierre [1]).

Улучшеніе наступаетъ за то съ возрастомъ. Больные, наконецъ убѣждаются что они ведутъ безплодную борьбу, или же ихъ энергія вслѣдствіе инволюціи падаетъ, такъ что они становятся менѣе активными и благодаря пассивности лучше уживаются съ окружающими.

---

[1]) Къ вопросу о радикальномъ леченіи паранои. Jahrb. f. Psychoanal. Bd. III, 1911, Стр. 795 Deuticke, Leipzig u. Wien.

Поведеніе больныхъ. Какъ мы уже сказали большинство параноиковъ первые годы инкубаціи держатся болѣе или менѣе замкнуто. Исключеніе составляетъ, пожалуй, болѣе импульсивные характеры, склонные къ бреду величія. На высотѣ болѣзни надо различать между поведеніемъ больныхъ въ обыкновенныхъ условіяхъ жизни и тѣмъ, какъ они относятся къ своему бреду. Въ общемъ поведеніе нормально, посколько на него не вліяетъ бредъ. Степень этого вліянія у разныхъ больныхъ бываетъ различна. У однихъ бредъ поглощаетъ почти все время и всѣ интересы. Въ обществѣ почти всякій разъ всплываетъ какая нибудь бредовая идея и обращаетъ на больного всеобщее вниманіе. Другую крайность представляютъ спокойныя, тихія натуры, продолжающія работать въ своей профессіи, хотя и съ трудомъ; отъ времени до времени они мѣняютъ мѣстожительство или что либо другое дѣлаютъ, что со стороны кажется совершенно непонятнымъ, однако часто проходитъ незамѣченнымъ даже со стороны болѣе близкихъ людей. Однако у одного и того же больного поведеніе обычно подверженно большимъ колебаніямъ. Непаранояльная дѣятельность больного остается нормальной. Внѣшній видъ у нихъ не страдаетъ. Даже при преслѣдованіи своей цѣли они держатся такъ, какъ держался бы всякій другой человѣкъ, преслѣдующій аналогичныя цѣли. Однако пророки часто въ видѣ внѣшнихъ признаковъ своей миссіи соотвѣтственно одѣваются, отпускаютъ волосы и бороду. Все же большинство больныхъ внѣшне ничѣмъ не обращаютъ на себя вниманія, лишь изрѣдка въ качествѣ короткихъ эпизодовъ наблюдается настоящее возбужденіе, которое нужно считать патологическимъ по силѣ и разстройству мышленія. Напротивъ того, многіе преслѣдуемые по понятнымъ основаніямъ обыкновенно ворчливы, раздражительны, вспыльчивы. Въ преслѣдованіяхъ своихъ цѣлей они почти всѣ обнаруживаютъ извѣстную, иногда, очень большую страстность. Многіе преслѣдуемые часто реагируютъ уклоненіемъ, угрозами, бранью, оскорбительными письмами, жалобами по начальству; страдающіе бредомъ величія часто въ значительной мѣрѣ используютъ печать, вообще многіе параноики становятся прямо таки „графоманами". Активные преслѣдуемые часто и легко становятся преслѣдователями (persecutés persecuteurs).

Если больному больше не помогаютъ мѣстныя средства, то онъ прибѣгаетъ къ „самооборонѣ": убиваетъ своего противника, или что бываетъ нерѣдко, покушается на жизнь высокой особы въ надеждѣ, что общественное мнѣніе добьется безпристрастнаго разслѣдованія и такимъ образомъ выведетъ, наконецъ, все дѣло на свѣтъ Божій. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ у міровыхъ реформаторовъ и пророковъ насиліе входитъ въ бредовую систему (случай Вагнера); религіозный параноикъ David Lazaretti палъ въ 1878 г. въ борьбѣ съ правительственными войсками.

Частота. Въ больницахъ параноя представляетъ рѣдкую болѣзнь, такъ что нѣкоторые психіатры даже сомнѣваются въ существованіи этой болѣзни. На долю ея приходится меньше одного % всѣхъ поступленій. Внѣ больницы, однако, это вовсе не такая большая рѣдкость, необходимо лишь какое либо необыкновенное происшествіе (покушеніе, процессъ), чтобы эти больные попали къ психіатру.

По Kraepelin'у параноя особенно поражаетъ мужчинъ (70%), это совпадаетъ и съ моими наблюденіями.

На практикѣ діагнозъ паранои далеко не всегда дается съ легкостью. Больные хорошо знаютъ, какія именно изъ ихъ идей будутъ признаны болѣзненными, и какъ разъ эти идеи они скрываютъ или настолько ослабляютъ, что могутъ ихъ защищать. Совершенно невозможно иногда принципіально отграничить параною отъ чистой психопатіи, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бредъ захватываетъ недоказуемыя области мысли: у основателей религій, мыслителей, философовъ; мало того, можно даже спорить, не болѣзненны ли совершенно новыя открытія въ наукѣ и техническія изобрѣтенія, хотя не такъ ужъ много истинныхъ изобрѣтателей слывутъ за сумасшедшихъ, развѣ они только на самомъ дѣлѣ больны. Не надо забывать, что и сумасшедшій можетъ сдѣлать правильное изобрѣтеніе, кромѣ того иногда нѣкоторыя идеи могутъ совпадать съ дѣйствительностью, и всетаки это бредовая идея [1]). Въ смыслѣ діагноза надо учитывать слѣдующихъ два обстоятельства:

1. Логическое обоснованіе идеи больнымъ. Въ болѣзненныхъ случаяхъ она обнаруживаетъ неподдающіяся исправленію ошибки въ предпосылкахъ, а также въ самой логикѣ, поскольку больной совершенно не допускаетъ обсужденій извѣстныхъ моментовъ и совершенно не въ состояніи воспринять серіозные и само собой понятные аргументы. При этомъ надо однако учитывать аффективное состояніе даннаго момента и общее развитіе больного. И у здороваго, когда онъ находится въ состояніи аффекта, можно найти логическія ошибки, а недостаточно развитый умственно человѣкъ и безъ паранои не въ состояніи осмыслить болѣе сложныхъ соотношеній.

2. Ракообразное распространеніе бреда на все болѣе широкій кругъ и полное поглощеніе всей личности бредомъ, что отражается на всемъ поведеніи и на всѣхъ стремленіяхъ. Можно написать столь же убѣжденную, какъ и мало доказательную статью, что душа сидитъ въ sympathicus, однако автора до тѣхъ поръ нельзя считать параноикомъ, пока онъ не станетъ придавать этому открытію особаго значенія и не начнетъ выискивать новыя доказательства своей теоріи повсюду, тамъ гдѣ ничего подобнаго нѣтъ.—Отдѣльныя идеи отношенія и иллюзіи памяти могутъ быть по содержанію возможны и все же при ближайшемъ разсмотрѣніи оказываются болѣзненными, причемъ все, что соотвѣтствуетъ бредовымъ идеямъ, излагается съ совершенно невозможной опредѣленностью и невозможными подробностями, а то, что къ бреду не относится, больной вовсе не разсказываетъ и даже вовсе не воспринимаетъ и не переживаетъ, и въ случаѣ надобности можетъ изложить это лишь смутно, неувѣренно, съ большими пробѣлами.

Анатомически не найдено ничего что составляло бы принадлежность паранои.

Границы паранои. Паранояльнаго сутягу, большей частью, можно легко отграничить отъ другихъ сутягъ, благодаря его несо-

[1]) Одинъ параноикъ разъ заявилъ, что его отравили сулемой, и въ одной химической лабораторіи дѣйствительно утверждали, что въ его пивѣ была обнаружена сулема; какъ выяснилось впослѣдствіи этотъ результатъ объяснялся загрязненіемъ реактивовъ.

крушимой послѣдовательности и особенно тому, что всѣ его тяжбы имѣютъ въ основѣ первый несчастный процессъ. Параноидъ легко узнается обыкновенно по логической невозможности бреда, по внутреннимъ противорѣчіямъ, затѣмъ по галлюцинаціямъ, аффективнымъ разстройствамъ и другимъ шизофреническимъ признакамъ. Лишь въ случаяхъ съ очень постепенно подкрадывающимся началомъ эти особенности могутъ быть настолько мало развиты, что діагнозъ нѣкоторое время колеблется, а то даже ставится неправильный діагнозъ паранои. Маніакально-депрессивная форма помѣшательства узнается, главнымъ образомъ, по аффективнымъ разстройствамъ, ускоренной или заторможенной смѣнѣ идей и непостоянству бредовыхъ идей и всей картины болѣзни. Не совсѣмъ рѣдкія позднія формы отличаются отъ старческихъ параноидныхъ формъ крѣпкой и послѣдовательной бредовой системой и отсутствіемъ симптомовъ, которые свидѣтельствовали бы объ атрофіи мозга.

Такимъ образомъ, и въ паранoѣ дифференціальный діагнозъ носитъ отрицательный характеръ: бредовыя системы, при которыхъ не удается обнаружить никакихъ признаковъ другого заболѣванія, нужно считать паранояльными.

Этими дифференціально діагностическими указаніями можно по существу ограничиться, поскольку рѣчь идетъ о границахъ картины болѣзни. Говорятъ, что существуютъ абортивные случаи паранои (Gaupp[1]). Несомнѣнно существуютъ кататимическія образованія бреда, которыя въ дальнѣйшемъ выравниваются. Однако я не склоненъ называть такую болѣзнь паранoей, ибо правильно отграничить понятіе паранои можно лишь, если учесть также неизлѣчимость, представляющую существенный признакъ большинства случаевъ; затѣмъ въ абортивныхъ случаяхъ отсутствуетъ также очень важный признакъ распространенія бреда. Часть абортивныхъ и „болѣе легкихъ“ параной (Friedmann) представляютъ скорѣе смѣшеніе съ легкими маніакально, депрессивными формами помѣшательства. Періодическая параноя относится, большей частью, къ шизофреніи (какъ мы ее понимаемъ), а въ небольшей долѣ къ маніакально, депрессивному психозу.

Paranoia completa (Délire chronique à évolution systématique) (Magnau) относится къ группѣ шизофреніи (параноидъ или парафренія).

Алкогольныя паранои представляютъ психозы отравленія sui generis, поскольку они вообще существуютъ и не должны быть включены въ параноидную группу.

Выдѣленіе самостоятельной paranoia ordinaria (Sanders), которая якобы начинается въ дѣтствѣ, основано повидимому на томъ, что не приняты во вниманіе обманы памяти.

Помимо этого имѣются параноe-подобныя заболѣванія, на которыя до сихъ поръ обращается слишкомъ мало вниманія; возможно, что сюда относятся инволюціонныя заболѣванія, затѣмъ образованіе бреда у тугоухихъ и олигофрениковъ; нѣкоторые

[1]) О паранояльномъ складѣ и абортивной паранoѣ. Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie 1910, стр. 65.

слабоумные вообще попадаютъ въ больницу лишь тогда, когда у нихъ начинаютъ развиваться идеи преслѣдованія, послѣднія тутъ обыкновенно не особенно систематизируются, но вмѣстѣ съ тѣмъ не вырождаются въ нелѣпость и символистическія хитросплетенія шизофрениковъ. Обычно, но не всегда появляются слуховыя галлюцинаціи, ночью иногда и зрительныя, рѣдко галлюцинаціи и другихъ чувствъ. Дѣло не доходитъ ни до кататимическаго симптомокомплекса, ни до прогрессирующаго слабоумія. Особенно нужно отмѣтить, что аффективный контактъ не нарушается: больные внѣшне держатся хорошо, поскольку непосредственная реакція на преслѣдованіе, въ видѣ приступовъ ярости и брани, не дѣлаютъ ихъ невозможными въ общежитіи. Иногда на ряду съ безсвязными идеями величія или вмѣсто нихъ проявляется бредъ преслѣдованія. Возможно, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ паранoей, на которую олигофренія накладываетъ свой особый отпечатокъ тѣмъ, что она нарушаетъ логическое развитіе бредовой системы; однако и такого рода объясненіе не устраняетъ всѣхъ трудностей при отграниченіи отъ Pfropfparanoid.

Наше пониманіе паранои. Бредовая система параноиковъ представляетъ собой психическое образованіе, которое можно считать простымъ преувеличеніемъ нормальныхъ процессовъ [1]).

Здоровый человѣкъ реагируетъ также, но недлительно. Неправильное отнесеніе всего къ себѣ наблюдается у каждаго находящагося въ состояніи аффекта, тоже относится и къ недостаточности логики. Патологическій характеръ это явленіе принимаетъ лишь, когда оно перестаетъ поддаваться коррекціи, а главнымъ образомъ, благодаря тенденціи распространяться и все развивающейся непрерывно работѣ разъ пущеннаго въ ходъ аффективнаго механизма. Единственный извѣстный намъ симптомъ паранои, образованіе бреда, является формой реакціи на извѣстное внутреннее и внѣшнее положеніе. Этотъ симптомъ, во всякомъ случаѣ, не является слѣдствіемъ какого нибудь процесса въ мозгу или конституціональнаго вырожденія, и мы должны допустить, что во всякомъ случаѣ въ болѣе легкихъ случаяхъ болѣзнь не проявилась бы или не приняла бы такой формы безъ причиннаго момента въ видѣ внѣшняго положенія; ибо происхожденіе болѣзни въ значительной мѣрѣ опредѣляетъ собой симптоматологію. Конечно, приходится признать, что и тутъ встрѣчается настолько тяжелыя конституціи, что болѣзнь вызывается уже повседневными и неизбѣжными треніями; такіе больные при всякихъ обстоятельствахъ станутъ параноиками, между тѣмъ какъ другіе заболѣваютъ только отъ тяжелыхъ конфликтовъ.

Какъ правило мы видимъ, что въ корнѣ болѣзни находится положеніе, съ которымъ больной не можетъ справиться и на которое онъ реагируетъ болѣзненно: молодой человѣкъ чувствуетъ въ себѣ влеченіе выдѣлиться и стать чѣмъ то незауряднымъ; однако вслѣдствіе слабости интеллекта, а главное характера, онъ не можетъ достигнуть того, что ему хотѣлось. Онъ недостаточно индиферентенъ, чтобы приписать неудачу судьбѣ и покорно этому подчиниться. Еще менѣе онъ въ состояніи признаться въ своихъ собственныхъ ошибкахъ. Такимъ образомъ онъ, по общепринятому шаблону, сваливаетъ вину на окружающихъ и впадаетъ въ бредъ преслѣдованія, или же, если онъ обладаетъ болѣе счастливымъ темпераментомъ, онъ въ фантазіи достигаетъ исполненія своихъ желаній и уходитъ изъ дѣйствительности.

Дѣвушка, у которой нѣтъ естественнаго инстинкта полюбить мужчину или увлечь его, въ концѣ концовъ, доходитъ до убѣжденія, что ее любятъ безъ всякаго съ ея стороны старанія и что любитъ ее, какъ это принято писать въ сказкахъ для выдуманныхъ безполыхъ дѣтей, человѣкъ, который дастъ ей высокое положеніе (что повидимому ощущается какъ главное). Такъ какъ всеже

---

[1]) Этимъ объясняется почему нельзя провести точной границы — не только практически, но и принципіально между паранoей и нормой, resp. чистой психопатіей.

не удается совсѣмъ отдѣлить себя отъ дѣйствительности, то и тутъ присоединяется, большей частью, идея преслѣдованія, и такимъ образомъ получается, что, наряду съ бредомъ преслѣдованія, продолжаетъ существовать идея величія въ смутномъ и вообще въ недостаточно развитомъ состояніи въ качествѣ однихъ лишь стремленій къ величію. Поэтому мы не видимъ ни одного паранояльнаго и параноe-подобнаго бреда величія безъ преслѣдованія и ни одного бреда преслѣдованія безъ идей величія или по крайней мѣрѣ безъ стремленія величію. Различіе между обѣими формами становится относительнымъ. Я считаю себя поэтому въ правѣ разсматривать бредъ преслѣдованія въ совокупности съ бредомъ величія, хотя еще послѣдній очень мало изученъ. Повышенное чувство собственной оцѣнки, которое приписываютъ параноикамъ различнаго склада, нужно считать такимъ образомъ необходимымъ условіемъ для возникновенія болѣзни. Однако по всему тому, что я знаю, я считаю необходимымъ добавить, что для возникновенія паранои необходимо также наличіе извѣстнаго чувства недостаточности, противодѣйствующаго чувству собственной переоцѣнки и въ мѣстѣ съ тѣмъ вытѣсненнаго изъ сознанія. Кто терпитъ крушеніе безъ этого внутренняго противодѣйствія, у того исчезаетъ поводъ къ бреду преслѣдованія и у того, надо думать, не находится достаточно силъ чтобы отдѣлиться отъ дѣйствительности. Массовый убійца Вагнеръ самъ чувствовалъ роковой характеръ своего склада и поразительно мѣтко его охарактеризовалъ.

„Вы поймете, поэтому, что я увлекаюсь человѣкомъ, сильнымъ духомъ и тѣломъ, что мнѣ импонируютъ сильные, беззаботные, идущіе на проломъ, преступники и звѣри. Я мыслю ихъ всѣхъ какъ противоположность мнѣ. Я ничего не вычиталъ въ этой книгѣ и вообще у меня умъ очень самостоятельный. Меня не ввелъ въ соблазнъ „модный философъ“, и я хотѣлъ бы кстати сказать по адресу поклонниковъ Нитцше, что ключъ къ пониманію его произведеній называется „слабость“. Чувство безсилія рождаетъ сильныя слова. Дерзкія фанфаронады раздаются изъ трубы, которая называется сумасшедшимъ бредомъ преслѣдованія. Настоящая сила характеризуется спокойствіемъ и добротой. Сильнаго человѣка, о которомъ столько болтаетъ наша литература, не существуетъ вовсе; и на роляхъ укротителя народа мы не видимъ сильнаго человѣка. Сильными людьми я считаю тѣхъ, которые безъ шума исполняютъ свой долгъ. У нѣхъ нѣтъ ни времени, ни надобности становиться въ позу и стараться быть чѣмъ то большимъ.“

Это не случайность, надо думать, что у большинства параноиковъ, которыхъ я могъ точнѣе наблюдать, я констатировалъ поразительно слабую сексуальность, что указываетъ, пожалуй, на недостаточное развитіе влеченій вообще или на внутреннія задержки.

И такъ предрасположеніе къ поранoѣ должно состоять:

1) Изъ очень многогранной аффективной сферы, которая въ отличіе отъ истерическаго склада должна носить устойчивый, постоянный характеръ;

2) изъ высокоразвитаго чувства собственной оцѣнки, которому противополагается недостаточность въ какомъ либо иномъ смыслѣ и

3) изъ внѣшнихъ треній, обостряющихъ или вызывающихъ этотъ внутренній конфликтъ, который, вѣроятно, долженъ былъ быть вытѣсненъ изъ сознанія;

4) нужно предположить наличіе какого то несоотвѣтствія между разумомъ и аффективностью, благодаря чему послѣдняя получаетъ въ нѣкоторыхъ вопросахъ руководящую роль. Однако при отсутствіи другихъ особенностей это несоотвѣтствіе можетъ повести къ кататоническимъ бредовымъ идеямъ или къ истерическимъ капризнымъ смѣнамъ и т. д., но не къ паранoѣ. Требуется еще дальнѣйшее изученіе вопроса, чтобы можно было въ немъ яснѣе разобраться. Однако нужно всеже признать, что имѣется не одно лишь, а много разныхъ предрасположеній, отвѣчающихъ вышеуказаннымъ условіямъ, изъ которыхъ можетъ вырасти картина паранои.

Предрасположеніе къ паранoѣ вовсе не должно быть тѣмъ же самымъ, что „паранояльный характеръ“: охотно относящій къ себѣ дѣйствія окружающихъ, причемъ онъ ихъ дурно толкуетъ и слишкомъ мало признаетъ права другихъ по сравненію со своими [1]).

---

1) Носителями параноиднаго характера являются всевозможные психопаты, особенно же часто скрытые шизофреники и ихъ родные по крови.

Kraepelin и въ паранoѣ предполагаетъ въ качествѣ причины болѣзни остановку развитія на болѣе ранней ступени. Въ извѣстномъ отношеніи онъ правъ. Слабое развитіе сексуальности, если дѣйствительно таковое имѣется, тоже можно отнести сюда: неразвитое (аутистическое) мышленіе, перевѣсъ фантазіи надъ дѣйствительностью, мечтательное стремленіе къ слишкомъ высокимъ цѣлямъ, „идеаламъ", все это имѣетъ извѣстное сродство съ дѣтской психикой; однако пожалуй это сродство только внѣшнее. По существу дѣло, по моему мнѣнію, не въ дѣтскости и тѣмъ менѣе въ сходствѣ съ дикаремъ, который правда склоненъ къ заключеніямъ, которыя по нашему представленію фантастичны и не логичны (аутистичны), однако всеже представляютъ ошибки, а не бредовыя идеи. При многихъ вырожденіяхъ, какъ напр. при истеріи, которую Kraepelin объясняетъ также остановкой развитія на дѣтской ступени, аналогію удается провести дальше въ томъ смыслѣ, что съ созрѣваніемъ характера больные въ общемъ значительно или совершенно выздоравливаютъ. Между тѣмъ въ паранoѣ, которая особенно охотно появляется, какъ разъ въ зрѣломъ возрастѣ и даже позже отпадаетъ и этотъ аргументъ.

Ferenczi считаетъ причиной паранои вытѣсненіе гомосексуальныхъ влеченій, его аргументація, однако, совершенно недостаточна.

Французы причисляли раньше параною къ мономаніямъ, считая, что въ этихъ случаяхъ имѣется рѣзко отграниченное заболѣваніе психики. Праздно спорить, существуетъ ли мономанія или нѣтъ, такъ какъ въ сущности все зависитъ отъ пониманія, фактическая же сторона болѣе или менѣе ясна. Точно также не имѣетъ смысла спорить, считать ли интеллектъ параноиковъ сохраненнымъ, такъ какъ внѣ бредовыхъ идей они мыслятъ правильно, или считать больныхъ слабоумными, такъ какъ они въ бредовыхъ идеяхъ продуцируютъ всякій вздоръ и не въ состояніи его корригировать.

Параною называли также „дегенеративнымъ психозомъ". Я не знаю, что мнѣ даетъ это обозначеніе въ области психики; повидимому, и наслѣдственность въ этой болѣзни играетъ не слишкомъ большую роль. Физическихъ „признаковъ дегенераціи" у параноиковъ въ общемъ не много. Большинство изъ нихъ, вообще говоря, хорошо развиты умственно и физически.

Нѣкоторые предполагаютъ также въ качествѣ основы паранои процессное заболѣваніе (мозговая дегенерація). За это говорятъ: 1) не рѣдко наблюдающіеся предвѣстники до того, какъ появляется положеніе, вызывающее болѣзнь и опредѣляющее симптомы; 2) неизлѣчимость и несокрушимость бредовой системы; 3) начало, приходящееся, большей частью, на поздній возрастъ; 4) улучшеніе и обостреніе, развивающіяся по какимъ то внутреннимъ причинамъ, независимо отъ внѣшней обстановки. Однако, что касается неизлѣчимости, мы въ травматикахъ имѣемъ примѣръ того, какъ психогенныя причины, если ихъ дѣйствіе носитъ постоянный характеръ, могутъ вызвать длительную картину болѣзни. Другой примѣръ представляетъ неврозъ ожиданія, который безъ леченія не проходитъ.

Аналогичнымъ образомъ мы можемъ съ большей вѣроятностью допустить, что и въ паранoѣ причины, то есть внутренній и внѣшній расколъ не устранимы. Позднѣе развитіе болѣзни можно обяснить тѣмъ, что лишь въ этомъ возрастѣ эти конфликты окончательно опредѣляются. Юноша можетъ всегда надѣяться добиться осуществленія высокихъ цѣлей, если даже онъ кое гдѣ потерпѣлъ неудачи. Колебанія теченія по внутреннимъ причинамъ еще недостаточно точно констатированы, возможно, что эти колебанія могутъ быть вызваны и внѣшними моментами или представлять чисто психогенныя послѣдствія внутренней переработки. Впрочемъ не исключено, что существуютъ случаи съ параноеподобнымъ образованіемъ бреда, кончающіеся быстрымъ выздоровленіемъ; однако обычно они не доходятъ до врача. Ибо если имѣются только эпизодическія и главнымъ образомъ лишь экзогенныя причины, онѣ должны пройти раньше, чѣмъ разочарованіе станетъ болѣзнью. Возможно, такимъ образомъ, что параноя представляетъ ничто иное, какъ болѣзненную реакцію психопата на опредѣленное непріятное обстоятельство.

Леченіе. Противъ болѣзни самой ничего нельзя сдѣлать нужно такъ или иначе къ ней приладиться. Часть больныхъ лучше всего предоставить самимъ себѣ; чѣмъ больше хочешь имъ помочь, тѣмъ хуже. Вмѣшательство требуется тогда, когда они начинаютъ пускать въ ходъ насиліе или растрачивать свое имущество;

въ первомъ случаѣ необходимо интернировать, во второмъ иногда достаточно наложеніе опеки. По возможности нужно избѣгать длительнаго заключенія въ больницу, такъ какъ понятно, что больные тогда особенно озлобляются противъ всего свѣта.

Конституціональныя аберраціи.

(XV Прирожденныя болѣзненныя состоянія и XVI. Психопатическія личности).

Обусловленныя конституціей психическія уклоненія отъ нормы, не носящія характера явныхъ душевныхъ болѣзней, основанныя обычно на наслѣдственности, но иногда также на перенесенныхъ легкихъ мозговыхъ заболѣваніяхъ, обозначаются различными, но всегда болѣе или менѣе неопредѣленными названіями: вырожденіе,[1] конституціональныя прирожденныя аномаліи, психопатіи и т. дал. На первомъ планѣ стоятъ обыкновенно аффективныя особенности. Даже тамъ, гдѣ интеллектъ въ общемъ достаточенъ или даже выше средняго, его регулирующее вліяніе на поступки слишкомъ недостаточно.

Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ передъ собой отклоненія отъ нормы во всевозможныхъ направленіяхъ и комбинаціяхъ. По природѣ своей они не могутъ имѣть опредѣленныхъ границъ. Въ сущности говоря, каждый индивидуумъ представляетъ нѣчто особенное. Все же обычно извѣстныя главныя черты и соотношенія повторяются довольно часто, такъ что можно безъ большой натяжки выдѣлить нѣсколько типовъ и отдѣльно описать ихъ. Не нужно однако себя обманывать, что это будутъ искусственно отграниченныя картины болѣзни, на ряду съ которыми въ дѣйствительности существуетъ безконечное количество варіантовъ, оттѣнковъ и переходовъ.

Наиболѣе практичнымъ на мой вкусъ раздѣленіемъ и объективно наилучшимъ описаніемъ мы обязаны Kraepelin'у. Онъ различаетъ прежде всего тѣ аномаліи, которыя носятъ отпечатокъ болѣзни и называетъ ихъ прирожденными болѣзненными состояніями (нервозность, навязчивый неврозъ, импульсивный неврозъ и половыя извращенія) и отдѣльно выдѣляетъ группу психопатическихъ личностей, гдѣ мы имѣемъ дѣло больше съ личными особенностями (возбудимые, неустойчивые, импульсивные люди, чудаки, лгуны и плуты, враги общества, задиры). Правда болѣе легкія формы неврозности можно было бы съ такимъ же или скорѣе съ большимъ основаніемъ перенести въ другую группу, а навязчивые неврозы и импульсивный психозъ представляютъ синдромы, которые сами по себѣ не являются вовсе прирожденными аномаліями и лишь развиваются на почвѣ опредѣленнаго склада, т.-е. въ извѣстномъ смыслѣ ихъ можно считать пріобрѣтенными явленіями. Какъ понимать половыя извращенія, является до сихъ поръ еще спорнымъ.

[1] Мы избѣгаемъ названія и понятія „вырожденія". Часть тѣхъ явленій, которыя обычно называютъ этимъ именемъ, Naegeli въ послѣднее время приводитъ въ связь съ болѣе цѣннымъ понятіемъ мутаціи.

XV. Прирожденныя болѣзненныя состоянія.

А. Нервозность.

Подъ нервозностью Kraepelin понимаетъ „длительное умаленіе жизненной работы на почвѣ неудачнаго склада въ области чувства, а главнымъ образомъ волевыхъ актовъ. Существеннымъ моментомъ является пониженіе сопротивляемости по отношеніи къ аффективнымъ вліяніямъ съ одной стороны, и недостаточное напряженіе силы воли, съ другой стороны. Къ этому обычно присоединяется недостатокъ равновѣсія въ развитіи всей совокупности психической личности". Интеллектъ самъ по себѣ развитъ хорошо или даже очень хорошо.

Главное разстройство лежитъ въ аффективной сферѣ: больные реагируютъ сильнѣе другихъ какъ на внутреннее такъ и на внѣшнее воздѣйствіе. „Все дѣйствуетъ имъ на нервы". Они легко огорчаются, но также легко приходятъ опять въ радостное настроеніе. Это особенно лишаетъ ихъ волю свободы. „Имъ не хватаетъ надежнаго руля въ видѣ цѣльнаго сильнаго характера".

Наряду съ этимъ имѣется часто повышенная утомляемость, которая однако не при всѣхъ обстоятельствахъ обнаруживается. Воодушевленіе или вообще всякая другая благопріятная аффективная установка можетъ надолго замаскировать утомленіе, такъ что приходится задать себѣ вопросъ не считать ли повышенную утомляемость скорѣе дѣйствіемъ аффекта, чѣмъ конституціональной аномаліей.

Работоспособность также носитъ не регулярный и въ общемъ пониженный характеръ, и тѣмъ не менѣе больные въ среднемъ склонны къ переоцѣнкѣ своихъ силъ.

Память не надежна и не равномѣрна. Фантазія легко пересиливаетъ представленія дѣйствительности: сексуальность играетъ особенно большую роль. (Kraepelin причисляетъ сюда такъ назыв. „сексуальную неврастенію" другихъ авторовъ).

Понятно, что всѣ эти состоянія не отдѣляются рѣзкой границей отъ другихъ нервныхъ разстройствъ, какъ напримѣръ истеріи и неврастеніи.

Кромѣ того эти нервныя явленія до поразительности бываютъ иногда похожи на продромы душевныхъ болѣзней совершенно другого рода, особенно прогрессивнаго паралича и шизофреніи. Нужно по этому каждый разъ думать и объ этихъ психозахъ и исключать ихъ на основаніи анамнеза и отсутствія специфическихъ симптомовъ.

На ряду съ этими общими болѣе постоянными явленіями имѣются многія собственно болѣзненныя черты, идіосинкразіи, нервная диспепсія, безсонница, истерическіе признаки и т. д.

Теченіе. Болѣзнь обнаруживается, большей частью, уже въ дѣтствѣ, достигаетъ своей высоты часто въ юношескомъ возрастѣ и въ дальнѣйшемъ у многихъ постепенно убываетъ. Въ болѣзни, ограниченной указанными имъ предѣлами, Kraepelin находитъ 65% мужчинъ; это объясняется, пожалуй тѣмъ, что такового рода аномаліи меньше мѣшаютъ женщинѣ въ ея обычной работѣ и поэтому рѣже приводятъ ее къ врачу.

Леченіе въ общемъ должно носить психическій воспитательный характеръ. При этомъ нужно по возможности регулировать внѣшнюю обстановку. Изъ лекарствъ нужно отмѣтить бромъ, который часто даетъ недурные результаты при колебаніяхъ настроенія, кажущейся усталости и раздражительной слабости. Его даютъ въ малыхъ дозахъ и болѣе продолжительное время.

B. Навязчивый неврозъ.

Kraepelin объединяетъ именемъ навязчиваго невроза цѣлый рядъ болѣзненныхъ состояній, общимъ признакомъ которыхъ является яркое чувство засилія вслѣдствіе назойливо пристающихъ представленій или опасеній. При этомъ обыкновенно больной понимаетъ, что содержаніе его идей не вѣрно. Неврозъ этотъ дѣлится на три категоріи: чистыя навязчивыя представленія въ болѣе тѣсномъ смыслѣ, навязчивые страхи или фобіи и навязчивыя стремленія.

1. При навязчивыхъ представленіяхъ больной не можетъ отвязаться отъ какого либо представленія, музыкальнаго мотива, образа какой либо гримасы, руки призрака, запаха, голоса. Часто рѣчь идетъ о непріятныхъ вещахъ: внушающіе отвращеніе предметы, циничныя явленія, богохульства; затѣмъ навязчивые вопросы (Grübelsucht). По содержанію послѣдніе могутъ быть безразличны, напр. какъ разставлена мебель въ комнатѣ, почему столъ квадратный, отъ какого числа лежитъ на улицѣ газета; у другихъ вопросы касаются мірозданія, безконечности, Бога, Дѣвы Маріи, затѣмъ всевозможныхъ половыхъ проблемъ. Нѣкоторыя навязчивыя представленія побуждаютъ больного къ дѣйствіямъ, напримѣръ арифмоманія, навязчивое стремленіе все считать или производить арифметическія дѣйствія съ каждымъ встрѣчающимся числомъ и т. д.

Страхи касаются иногда грозящаго несчастія: страхъ получить ударъ молніи (кераунофобія), быть обокраденнымъ, подвергнуться нападенію животнаго, потерпѣть крушеніе въ вагонѣ, поранить себя или другихъ острымъ предметомъ, находящимся по близости (айхмофобія), быть убитымъ падающимъ предметомъ, запачкаться грязью, бактеріями, сулемой, заболѣть самому или принести болѣзнь другимъ; особенно охотно бываютъ тѣ мысли, которыхъ больной особенно страшится; богохульство у религіозныхъ людей, убійство у мягкосердечныхъ и т. п.

Сюда же Kraepelin присоединяетъ носящія нѣсколько своеобразный характеръ фобіи: боязнь площадей, клаустро—и никтофобію, страхъ путешествій, страхъ туннелей.

Страхъ передъ отвѣтственностью выражается въ навязчивомъ стремленіи каждый разъ провѣрять, погасла ли брошенная спичка, заперты ли двери и шкафы, заклеены ли письма, нѣтъ ли ошибокъ въ счетѣ (бредъ сомнѣній folie du doute). Другіе больные постоянно принуждены слѣдить, не прозѣвали ли они чего, напр. не зоветъ ли кто на помощь. Другіе постоянно боятся забыть имена, они должны постоянно ихъ мысленно повторять (ономатоманія). Другіе боятся своихъ инструментовъ или вообще боятся начать свою работу (aboulie professionelle). Страхъ стать виноватымъ состоитъ большей частью въ томъ, что больной боится, что онъ дѣлаетъ или сдѣлалъ что то

плохое, неудачное. Больные боятся, что могутъ погубить своихъ близкихъ, не только какимъ либо дѣйствіемъ или промахомъ, но даже и мыслью („всемогущество мыслей", сопутствующее всѣмъ навязчивымъ неврозамъ). Далѣе больной можетъ бояться, что ему непремѣнно нужно повѣситься на опредѣленный крючекъ, что нибудь украсть. При страхѣ общенія (гомилофобія) больной боится напр., что на него направлено вниманіе другихъ людей: сюда относится страхъ экзамена, страхъ платья, боязнь покраснѣнія (эритрофобія). Одинъ учитель боялся что дѣти смотрятъ на разрѣзъ его брюкъ. Больные обычно очень рѣзко реагируютъ на этотъ страхъ, отчасти тѣмъ, что избѣгаютъ всякаго случая попасть въ конфликтъ со своимъ страхомъ или же ихъ дѣйствія принаровлены къ фобіи: при боязни бактерій они постоянно моютъ руки, не трогаютъ ничего къ чему прикасаются другіе, при айхмофобіи ищутъ вездѣ иголокъ, по 30 разъ вскрываютъ свои письма, чтобъ провѣрить правильно ли они адресованы, разъ двадцать переступаютъ порогъ туда и назадъ. Одинъ больной Kraepelin'а долженъ былъ 73 раза подъ рядъ косить одно и то же мѣсто. Другіе вырабатываютъ себѣ извѣстнаго рода оборонительныя движенія или похожія на заклинанія защитительныя формулы, которыя они примѣняютъ во всѣхъ такихъ случаяхъ.

Первичныя навязчивыя **стремленія**, поскольку они ведутъ къ дѣйствіямъ встрѣчаются много рѣже. Kraepelin думаетъ, что они представляютъ принципіально нѣчто другое, ибо обычно мы имѣемъ дѣло съ тѣмъ что больной лишь боится, что онъ можетъ что либо натворить. Однако несомнѣнно, что навязчивыя стремленія, иногда даже связанныя съ дѣйствіемъ, наблюдаются и внѣ dementia praecox. Многіе причисляютъ сюда maladie des tics, копролялію, эхокинезъ, меряченіе и т. д.

Движущей силой, которая заставляетъ больного дѣйствовать или избѣгать опредѣленныхъ дѣйствій является во всѣхъ случаяхъ **страхъ**. Часто больные въ состояніи до нѣкоторой степени побороть навязчивыя идеи, но тогда у нихъ появляется страхъ страха (фобофобія).

Насколько тѣсно связано между собою сомнѣніе и влеченіе, доказываетъ слѣдующій примѣръ: больной, уже находясь въ гимназіи, испытывалъ постоянно **влеченіе** сказать кому либо изъ учителей, что тотъ оселъ, или написать это на запискѣ. Въ дальнѣйшемъ у него появилось желаніе поджечь занавѣски, запасы въ своемъ магазинѣ, обнимать всѣхъ встрѣчныхъ женщинъ, вкалывать какой либо острый инструментъ въ лысую голову, накладывать стекла въ кастрюли. На ряду съ этимъ у него появлялись сомнѣнія, не сдѣлалъ ли онъ уже какой либо нелѣпости въ этомъ родѣ; онъ подымалъ всѣ обрывки бумаги на улицѣ, чтобы посмотрѣть, не написалъ ли онъ тамъ чего либо оскорбляющаго честь другихъ, ходилъ въ магазины смотрѣть, не поджегъ ли онъ чего либо и т. д. Онъ поступилъ на медицинскій факультетъ, однако у него появилась навязчивая мысль, что, пока онъ выздоровѣетъ, выздоровѣютъ и всѣ больные и что тогда ему придется умереть съ голоду (больной зажиточный человѣкъ). Когда онъ перешелъ на богословіе, онъ сталъ бояться, что когда нибудь съ кафедры можетъ показать всѣмъ языкъ. Десятки такихъ идей не дали ему стать чѣмъ либо, хотя въ концѣ концовъ онъ поступилъ еще и на юридическій факультетъ.

Какъ правило, больные признаютъ нелѣпость своихъ навязчивыхъ идей, однако при опасеніи надѣлать бѣды, наблюдается несмотря на сознаніе болѣзни, извѣстная вѣра въ свою идею, вродѣ того какъ напр. днемъ смѣются надъ привидѣніями, а ночью не охотно о нихъ

говорятъ. На высотѣ аффекта навязчивыя идеи могутъ на короткое время принять характеръ бреда, не допускающаго возраженія.

Наряду съ этими навязчивыми формами, перечисленіе которыхъ можетъ принять безконечный характеръ, нѣкоторые авторы говорятъ еще о навязчивыхъ аффектахъ, навязчивыхъ задержкахъ, ощущеніяхъ, галлюцинаціяхъ и т. д. Я въ сущности говоря не совсѣмъ понимаю, что можно конкретно подъ этимъ подразумѣвать.

Навязчивые невротики это, большей частью, люди энергичные, боязливые, неувѣренно себя чувствующіе, но прилежные и добросовѣстные. Въ настроеніи обнаруживается склонность къ подавленности и страхамъ. Умъ поражающе часто значительно выше средняго.

Въ качествѣ физическихъ симптомовъ при навязчивыхъ неврозахъ наблюдаются всевозможныя сосудодвигательныя явленія и истериформныя разстройства.

Теченіе навязчиваго невроза имѣетъ очень затяжной характеръ. Наблюдается колебаніе въ интенсивности, содержаніе мѣняется, а страхъ остается тотъ же самый. Въ общемъ картина очень однообразна.

Начало болѣзни часто намѣчается уже въ дѣтствѣ, особенно въ періодѣ полового созрѣванія, въ большинствѣ случаевъ до 25 лѣтъ. Иногда начало пріурочивается къ какому либо опредѣленному событію, напр. навязчивое умываніе можетъ развиться послѣ занятія на курсахъ сестеръ милосердія, (Kraepelin) религіозное сомнѣніе отъ перваго причастія. Въ періодѣ инволюціи наступаетъ обычно улучшеніе и даже своего рода выздоровленіе.

Главной причиной является наслѣдственно невротическій складъ, который часто проявляется во всей семьѣ въ одномъ и томъ же видѣ. Что касается распредѣленія по полу, данныя, указанныя авторами колеблются отъ 29% мужчинъ (Janet) до 60% (по Kraepelin'у). О нашемъ пониманіи навязчивыхъ идей см. выше въ главѣ о психическихъ формахъ реакцій.

Мы до сихъ поръ еще мало знаемъ какіе при этомъ психическіе механизмы дѣйствуютъ и слѣдовательно, каковы причины, вызывающія болѣзнь. Связь съ половой сферой съ давнихъ поръ обращала на себя вниманіе, Freud готовъ свести всѣ случаи къ сексуальнымъ комплексамъ. Во всякомъ случаѣ часто аффекты переносятся съ идеи, которая ихъ первоначально вызвала, на другія идеи. Frank [1]) доказалъ, что вытѣсненные аффекты могутъ вызвать навязчивое состояніе, когда къ нимъ присоединяется новое аналогичное переживаніе. Kraepelin и тутъ отмѣчаетъ сходство съ наклонностью дѣтей считать, бояться и т. д.

Навязчивые синдромы наблюдаются при всевозможныхъ конституціяхъ и болѣзняхъ, особенно при неврастеніи, маніакально-депрессивномъ психозѣ, dementia praecox. Однако навязчивымъ неврозомъ мы называемъ лишь тѣ состоянія, которыя возникаютъ какъ будто самостоятельно на психопатической подкладкѣ. Въ соотвѣтствіи со своимъ происхожденіемъ неврозъ этотъ часто комбинируется со всевозможными другими нервными или истерическими симптомами.

[1]) Аффективныя растройства, къ вопросу объ ихъ этіологіи и тераціи. Springer, Berlin 1913.

Исходъ. Въ случаяхъ настоящаго навязчиваго невроза не легко добиться излеченія. Успѣхъ якобы получается отъ терпѣливаго воспитанія, гимнастики мыслей по Oppenheim'у, метода убѣжденія по Dubois. Я лично видѣлъ нѣсколько случаевъ (практически полнаго) выздоровленія отъ психоанализа по Frank'у. Kraepelin съ полнымъ основаніемъ предупреждаетъ, что нельзя на долго отрывать отъ обычной работы этихъ боязливыхъ, лишенныхъ энергіи больныхъ. Лучше пріучать ихъ къ труду и дѣятельности и къ энергіи.

С. Импульсивный психозъ.

Импульсивный психозъ по Kraepelin'у включаетъ въ себя „тѣ формы дегенеративнаго психоза, которымъ свойственно развитіе отдѣльныхъ болѣзненныхъ склонностей и влеченій“ [1]).

Раньше ихъ считали „мономаніями“ (какъ и параною). Однако эти случаи нельзя считать типами болѣзни, а лишь синдромами, которые даже въ качествѣ таковыхъ не представляютъ ничего цѣльнаго. „Пироманія“ и „клептоманія“ наблюдаются у психопатовъ, а также при эпилептическихъ и истерическихъ сумеречныхъ состояніяхъ и затѣмъ на почвѣ алкогольнаго отравленія.

Больше всего обращаетъ на себя стремленіе поджигать (пироманія), которое мы видимъ чаще всего у молодыхъ людей, находящихся въ субъективно невыносимомъ положеніи, главнымъ образомъ, у подростковъ-прислугъ, оторванныхъ отъ собственной семьи и чувствующихъ себя одиноко на новомъ мѣстѣ. Импульсивный моментъ сосредоточивается на главномъ обстоятельствѣ, т. е. на стремленіи поджигать, въ остальномъ поджогъ совершается съ заранѣе обдуманнымъ намѣреніемъ, иногда довольно утонченно, такъ что во многихъ случаяхъ виновникъ не сразу обнаруживается. Въ этихъ случаяхъ мы обычно имѣемъ дѣло съ однократнымъ преступленіемъ, однако иногда наблюдаются довольно многочисленные рецидивы. Преступники обыкновенно не могутъ указать никакого объясненія своихъ поступковъ, развѣ только судья при допросѣ внушитъ имъ таковое. Преступленіе имъ было настолько чуждо, что въ нихъ даже не замѣчается должнаго раскаянія, хотя бы въ остальномъ они были вполнѣ нравственны. Проще всего какъ будто объяснить тѣмъ, что пожаромъ дома, гдѣ они не могутъ выдержать, они надѣются добиться перемѣны въ своей судьбѣ. Не говоря о томъ, что есть много другихъ средствъ для этого [2]), во многихъ случаяхъ это объясненіе совсѣмъ не подходитъ, такъ напр. въ тѣхъ случаяхъ, когда поджигаются чужіе дома.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ невыносимое положеніе сводится къ половой связи и къ неудачнымъ половымъ вожделѣніямъ [3]).

---

[1]) Ziehen говоритъ о „френолептическихъ“ состояніяхъ, однако употребляетъ это выраженіе и въ другомъ смыслѣ, напр. для обозначенія назойливыхъ представленій.

[2]) Одна очень развитая дѣвушка, находясь въ такомъ же положеніи, ломала посуду, слѣдуя описанной Freud'омъ безсознательной манерѣ, отчасти въ непродолжительныхъ обморокахъ, пока наконецъ не удалось выяснить подкладку этихъ явленій.

[3]) Иногда ситуація разряжается другимъ способомъ, именно посредствомъ самоубійства. (см. Jaspers, Тоска по родинѣ и преступленіе).

У нихъ появляется непосредственное половое возбужденіе, когда они поджигаютъ огонь или когда они смотрятъ на огонь. Значительную роль при этомъ играетъ также алкоголь. Нѣкоторые поджигаютъ только въ состояніи опьяненія или дѣлаютъ это въ теченіе извѣстнаго періода каждый разъ, когда выпьютъ, безъ какихъ либо другихъ видимыхъ причинъ. Извѣстное предрасположеніе получается также при менструаціи.

Иногда совершенію дѣянія предшествуетъ явственное измѣненіе настроенія со страхомъ, съ „тоской по родинѣ", разстройствомъ пищеваренія и т. д. Нѣкоторые повидимому находятся въ своего рода сумеречномъ состояніи во время самого совершенія поступка, другіе колеблются и ведутъ сознательную борьбу между импульсивнымъ влеченіемъ и требованіемъ морали. Въ отдѣльныхъ случаяхъ импульсивное влеченіе внезапно появляется и тутъ же выполняется, такъ что больному даже собственно говоря некогда подумать.

Во всякомъ случаѣ пироманія наблюдается на почвѣ самыхъ разнообразныхъ конституцій. Въ отдѣльныхъ случаяхъ не замѣчается даже никакихъ особенныхъ болѣзненныхъ симптомовъ и въ дальнѣйшемъ жизнь этихъ людей можетъ протекать совершенно нормально.

Рѣже наблюдаются случаи, когда молодыя няньки при такихъ же обстоятельствахъ убиваютъ довѣренныхъ имъ дѣтей. [1]) Также рѣдки импульсивные отравители (тоже исключительно женщины), дѣйствующіе повидимому по совершенно другимъ мотивамъ.

Къ категоріи импульсивныхъ людей Kraepelin причисляетъ отчасти лицъ, пишущихъ анонимныя письма, изъ которыхъ многія правда являются истерическими фантазерами, которые вмѣстѣ съ тѣмъ испытываютъ половое удовлетвореніе отъ своей литературной дѣятельности.

Гораздо чаще встрѣчаются клептоманы, въ послѣднее время особенно въ видѣ воровокъ въ большихъ магазинахъ. Послѣднія (повидимому въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло исключительно съ женщинами) не могутъ устоять противъ утонченнаго соблазна витринъ и крадутъ, не разбирая и нужное, и не нужное (повидимому лишь во время менструаціи). Клептоманы въ прежнемъ смыслѣ этого слова вообще не могутъ совладать съ искушеніемъ забирать вещи, совершенно не считаясь съ тѣмъ, пригодятся ли онѣ имъ или нѣтъ; они ихъ нагромождаютъ, раздариваютъ, уничтожаютъ, а иногда даже возвращаютъ обокраденному. Въ остальномъ эти люди могутъ быть вполнѣ порядочными. И здѣсь, въ отдѣльныхъ случаяхъ, доказана связь акта воровства съ половыми ощущеніями. Въ общемъ однако мы совершенно не знаемъ генеза клептоманіи. Преступленіе какъ будто сопровождается помраченіемъ сознанія и даже настоящими истериформными сумеречными состояніями. Въ послѣднемъ случаѣ можно въ сущности говорить, что кража совершена въ истерическомъ припадкѣ.

---

[1]) См. Schmidt: Къ психологіи поджигателей. Jung Psychol. Abhandlungen Deuticke, Leipzig-Wien 1914.

Ясно само собой, что надо остерегаться ставить слишкомъ часто діагнозъ клептоманіи. Нужно доказать, что имѣется не только вообще говоря „влеченіе" брать вещи, но что это влеченіе носитъ болѣзненный характеръ. Проще всего это удается доказать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной воруетъ совершенно не пригодные ему предметы, или гдѣ воръ не используетъ украденнаго или какимъ либо другимъ способомъ возмѣщаетъ потерю.

Въ качествѣ послѣдней категоріи Kraepelin упоминаетъ стремленіе къ покупкамъ (оніоманія), когда покупки совершаются импульсивно и ведутъ къ нелѣпымъ долгамъ, пока крахъ на нѣкоторое время выясняетъ положеніе, но лишь до нѣкоторой степени, ибо больные никогда не признаютъ всѣхъ долговъ. И тутъ мы, по Kraepelin'у, имѣемъ всегда дѣло съ женщинами. Сюда конечно не относятся обычныя легкомысленныя мотовки, которыя такимъ путемъ добываютъ себѣ средства къ прожиганію жизни. Существеннымъ является импульсивный моментъ, то, что больной иначе не можетъ. Это выражается иногда въ томъ, что не смотря на хорошое образованіе больные не въ состояніи ни о чемъ другомъ думать, не въ состояніи представить себѣ послѣдствія своихъ нелѣпыхъ поступковъ и рѣшить, что этого можно не дѣлать. Эти больные, такимъ образомъ, дѣйствуютъ не вслѣдствіе навязчиваго стремленія, а просто слѣдуютъ своей натурѣ подобно гусеницѣ пожирающей листъ.

Здѣсь же, пожалуй, нужно упомянуть о болѣзненныхъ коллекціонерахъ, которые нелѣпымъ образомъ тратятъ время и деньги на свою блажь и легко доходятъ до воровства, даже не имѣя моральныхъ деффектовъ. (Kraepelin упоминаетъ о нихъ въ главѣ объ импульсивныхъ людяхъ при перечисленіи психопатическихъ личностей).

D. Половыя извращенія [1]).

Среди половыхъ извращеній онанизмъ встрѣчается настолько часто, что возникаетъ вопросъ, насколько его нужно считать ненормальнымъ. Во всякомъ случаѣ его приходится считать болѣзненнымъ, если онъ появляется въ раннемъ дѣтствѣ (иногда даже на первомъ году жизни) [2]), или же когда больной занимается имъ въ неумѣренной степени, или же онъ служитъ замѣной нормальнаго полового акта, причемъ это дѣлается не изъ однихъ лишь моральныхъ или другихъ соображеній. Онъ же впрочемъ регулярно сопутствуетъ половымъ уклоненіямъ въ собственномъ смыслѣ этого слова. Онанизмъ производится не только путемъ раздраженія половыхъ органовъ, но иногда также путемъ одной лишь фантазіи, ведущей къ оргазму („психическій онанизмъ").

Онанизмъ, конечно, легко можетъ стать вреднымъ, такъ какъ онъ даетъ полную возможность излишествовать, отвлекаетъ отъ нормальной половой цѣли, а главнымъ образомъ потому, что чувство виноватости и постоянная безуспѣшная борьба съ „порокомъ" подрываетъ душевныя силы, уменьшаетъ вѣру въ себя и служитъ по-

[1]) v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. Stuttgart. Enke, 14. Aufl. 1912.

[2]) Нерѣдко няньки, желая успокоить младенца или для собственнаго полового удовлетворенія, раздражаютъ половые органы довѣренныхъ имъ дѣтей и такимъ образомъ пріучаютъ къ онанизму даже здоровыхъ дѣтей.

водомъ къ развитію ипохондрическихъ и невротическихъ симптомовъ самаго тяжелаго свойства.

При леченіи онанизма нужно отмѣтить, что тяжелыя наказанія, длинныя проповѣди и механическія мѣропріятія, большей частью, вредны и, пожалуй, никогда не приносятъ пользы, между тѣмъ какъ сравнительно легко удается заставить забыть дурную привычку, отвлекая вниманіе больного игрой и работой, пробуждая въ немъ другіе интересы и здоровое проявленіе естественной склонности. Если въ основѣ онанизма лежитъ преходящее половое раздраженіе, напр. при шизофреніи, иногда удается облегчить больному борьбу, давая бромъ по нѣсколько граммъ въ день.

Отъ онанизма нужно отличать половую влюбленность въ себя и въ свою внѣшность, нарцисмъ, представляющій по мнѣнію Freud'а нормальный этапъ полового развитія, который, по его словамъ, можно найти въ корнѣ многихъ психозовъ и неврозовъ.

Нормальное желаніе привлечь другой полъ можетъ стать болѣзненнымъ влеченіемъ въ формѣ эксгибиціонизма; больные, даже если у нихъ есть возможность нормальнаго полового общенія, получаютъ половое удовлетвореніе лишь отъ выставленія на показъ своихъ половыхъ органовъ (или другихъ частей тѣла, обычно покрытыхъ одеждой), одновременно при этомъ онанируя или и безъ этого. У имбециликовъ выставленіе на показъ половыхъ органовъ представляетъ нерѣдко суррогатъ недоступнаго имъ coitus. При органическихъ душевныхъ болѣзняхъ этотъ симптомъ часто наблюдается (причина этого для насъ не совсѣмъ ясна) и кромѣ того также при эпилепсіи въ сумеречномъ состояніи.

Фетишизмъ представляетъ патологическое преувеличеніе нормальнаго переноса эротическихъ чувствъ на части тѣла и вещи любимаго лица (волосы, „отрѣзаніе косъ"; части одежды, особенно обувь). Желаемые предметы больной не всегда добываетъ законнымъ путемъ, а часто крадетъ ихъ безъ всякой нужды, причемъ кража, явное дѣло, служитъ для усиленія полового чувства. Предметы эти возбуждаютъ якобы однимъ своимъ видомъ; однако большей частью больные приводятъ ихъ въ соприкосновеніе съ половыми органами и употребляютъ ихъ для производства онанизма. Нормальнаго coitus больные обыкновенно не хотятъ, однако въ отдѣльныхъ случаяхъ фетишъ служитъ для усиленія потенціи.

Такъ называемые voyeurs находятъ удовлетвореніе въ созерцаніи coitus другихъ, renifleurs—во вдыханіи запаха мочи, копролагнисты—въ тѣсномъ соприкосновеніи и даже въ проглатываніи экскрементовъ.

Другого рода перемѣщеніе полового объекта представляетъ пэдофилія: склонность имѣть сношенія съ дѣтьми другого пола, чаще всего это наблюдается при dementia senilis въ качествѣ пріобрѣтенной аномаліи (и у имбециловъ она наблюдается нерѣдко faute de mieux).

Педерастіей въ настоящее время называется половое удовлетвореніе отъ coitus in ano мужчины съ мужчиной. Она встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ объ этомъ говорятъ.

Садизмъ[1]) представляетъ ненормальное усиленіе эротическаго желанія господствовать и мучить, что мы часто видимъ въ животномъ мірѣ у самцовъ. Мазохизмъ[2]) это каррикатура на (женскую) подчиненность и извѣстное эротическое удовольствіе отъ страданія, вслѣдствіе боли. Эта черта пріобрѣтаетъ патологическій характеръ тѣмъ, что становится чрезмѣрной и перестаетъ быть сопутствующимъ явленіемъ эротическаго акта, а становится самостоятельной цѣлью, такъ что лица, страдающія этой особенностью, видятъ въ нанесеніи или перенесеніи боли единственное или по крайней мѣрѣ необходимое средство для полового удовлетворенія. Обѣ вышеуказанныя аномаліи рѣдко наблюдаются въ изолированномъ видѣ. Обыкновенно онѣ комбинируются у одного и того же человѣка, хотя обычно одна какая либо преобладаетъ. Садизмъ и мазохизмъ называются также пассивной и активной алголагніей.

Содомія какъ и онанизмъ обозначаетъ теперь не то, что раньше понимали подъ этимъ именемъ. Въ настоящее время содоміей называютъ половыя сношенія съ животными, производимыя faute de mieux, то есть въ сущности не на почвѣ болѣзненнаго извращенія. Особенно это относится къ недостаточно развитымъ людямъ, одинокимъ пастухамъ, имбециламъ и затѣмъ къ лицамъ женскаго пола, живущимъ въ интимномъ общеніи со своими собаками.

Трансвеститы чувствуютъ себя хорошо, лишь одѣвая одежду другого пола, причемъ сами они не гомосексуальны.

Въ рѣдкихъ случаяхъ половыя извращенія равно какъ и ихъ сила носитъ періодическій характеръ: они появляются отъ времени до времени и то лишь на нѣсколько дней и затѣмъ уступаютъ мѣсто нормальному поведенію или нѣкоторой половой слабости. Часто извращенія появляются лишь на почвѣ дѣйствія алкоголя.

Различные виды парасексуальности обычно комбинируются съ слишкомъ раннимъ появленіемъ полового влеченія и поэтому ихъ часто можно замѣтить очень рано, часто даже на 4 или 5 году жизни. Въ большинствѣ случаевъ это неизлечимо, отчасти уже по одному тому, что такіе больные считаютъ свою разновидность полового влеченія единственно радостной, и поэтому смотрятъ на возможность излѣченія съ такимъ же ужасомъ, какъ здоровый человѣкъ на кастрацію.

Теорія половыхъ извращеній, не смотря на обширную литературу вопроса, до сихъ поръ еще въ большомъ загонѣ. Большинство этихъ больныхъ и въ остальномъ психопаты, но самыхъ различныхъ типовъ. Нравственныя качества не имѣютъ непосредственной связи съ половой аномаліей, однако, понятно, психіатръ видитъ лишь извѣстный подборъ, въ которомъ преобладаютъ морально дефективные (см. ниже гл. о гомосексуализмѣ).

Распознаваніе удается обычно легко, однако не нужно думать, что всякій, имѣющій половую аномалію, понимаетъ свое состояніе; нужно всегда помнить, что бываютъ всевозможные смѣшанные и переходные случаи и кромѣ того, что границы нормальной половой дѣятельности довольно далеко заходятъ. Въ этой области ничему не нужно удивляться и нѣтъ ничего невозможнаго.

[1]) По имени Marquis de Sade, писателя, страдавшаго этой аномаліей.
[2]) По имени Sacher-Masoch'a, описавшаго эту аномалію въ своихъ разсказахъ.

Леченіе. Въ болѣе легкихъ случаяхъ можно кой чего добиться правильнымъ воспитаніемъ, иногда гипнозомъ, но даже и тамъ, гдѣ возможность излеченія потенціально не исключается, его большей частью не удается добиться, такъ какъ техника представляетъ слишкомъ скользкій путь. Если больной не въ бракѣ, какъ можно постепенно вводить его въ нормальную половую жизнь, не подвергая его новымъ нравственнымъ и другимъ опасностямъ? Тамъ, гдѣ можно достигнуть результатовъ путемъ развитія самообладанія больного, будетъ во всякомъ случаѣ хорошо пріучить его къ абсолютной трезвости, не только потому, что алкоголь ослабляетъ задерживающіе моменты, но и потому, что часто извращеніе начинаетъ проявляться лишь подъ вліяніемъ алкоголя.

Особеннаго разсмотрѣнія требуетъ гомосексуальность (противоположное половое чувство, уранизмъ [1])—половая любовь къ лицамъ одинаковаго пола[2]). Удовлетвореніе достигается различными путями, иногда путемъ одного лишь совмѣстнаго пребыванія или созерцанія, гораздо чаще однако путемъ всевозможныхъ раздраженій половыхъ органовъ. Зато по отношенію къ другому полу наблюдается полное равнодушіе или даже отвращеніе. У этихъ людей всѣ половыя вожделѣнія, поступки и даже фантазіи, ночью и днемъ, въ снахъ и на яву направлены на свой полъ. Вообще однополая любовь характеризуется тѣми же признаками какъ и разнополая, однако въ ней наблюдается особенно часто бросающаяся въ глаза мечтательность, экзальтированность и лишь въ исключительныхъ случаяхъ она остается надолго моногамической, хотя нисколько не избавлена отъ ревности.

Поразительно часто наблюдается наступленіе оргазма безъ тренія. Ненормальныя манипуляціи (cuni—peni—ani linctio и другія) здѣсь играютъ, конечно, гораздо большую роль, чѣмъ въ гетеросексуальномъ удовлетвореніи; педерастія (immissio penis in anum) чаще вызываетъ отвращеніе, нежели пользуется любовью. Нерѣдки комбинаціи со всевозможными другими аномаліями, фетишизмомъ, садизмомъ, мазохизмомъ и т. д. Чувство стыда проявляется, главнымъ образомъ, по отношенію къ собственному полу и притомъ въ преувеличенномъ видѣ, намекъ на то, какъ тѣсно оно связано съ положительными влеченіями. Наблюдаемая обычно чрезмѣрная возбудимость половой сферы представляетъ лишь частное проявленіе общей неустойчивости аффектовъ, легко достигающей высокаго блаженства и тяжкаго страданія. За то раздражительность въ смыслѣ гнѣва и досады отступаетъ относительно на задній планъ въ сравненіи съ положительными и отрицательными эстетическими ощущеніями: высшій восторгъ отъ галстуха желаемаго цвѣта и „невозможность выдержать“ въ комнатѣ, если ея убранство не соотвѣтствуетъ индивидуальному вкусу.

---

[1]) Отъ Venus Urania: мужчина гомосексуальный по терминологіи Ullrich'а называется Urning, женщина Urninde; соотвѣтствующимъ именемъ для гетеросексуальныхъ субъектовъ будетъ Dioning отъ Dione, матери Venus Pandemos (это нвзваніе однако малоупотребительно).

[2]) Hirschfeld. Гомосексуальность мужчины и женщины. Berlin. Marcus 1914.

Третичные психическіе и физическіе половые признаки даннаго пола часто мало развиты или вмѣсто нихъ появляются признаки противоположнаго пола[1]): наклонность къ женственности во всевозможныхъ областяхъ, въ работѣ, въ наряжаніи (любовь къ женскимъ одеждамъ), во вкусѣ, въ мышленіи, въ мимикѣ, въ походкѣ, во всемъ поведеніи, все это представляетъ обычное явленіе у большого числа урнинговъ отъ легкихъ намековъ до полнаго подражанія женщинѣ; обратныя черты наблюдаются у урниндъ. Среди гомосексуальныхъ чаще, чѣмъ у людей съ нормальной половой сферой, наблюдается мужчина со слабо растущей бородой, съ высокимъ голосомъ, широкимъ тазомъ, а также типъ virago. Однако эти физическія явленія, сопутствующія аномаліи, попадаются гораздо рѣже, чѣмъ психическія. По Fleischmann'у онѣ наблюдаются у 24% гомосексуальныхъ мужчинъ, хотя, повидимому, авторъ присчитывалъ сюда и самыя ничтожныя уклоненія отъ средней нормы. Половые органы лишь въ видѣ исключенія представляютъ аномалію развитія.

Всѣ гомосексуальныя черты обычно проявляются въ раннемъ возрастѣ. Мальчикъ любитъ игры дѣвочекъ, цѣпляется за юбку матери, дѣвочка бѣгаетъ съ мальчиками. Раннее половое развитіе наблюдается какъ правило и обычно уже съ самаго начала принимаетъ ненормальное направленіе.

Этическія чувства представляютъ такое же разнообразіе въ развитіи, какъ и у нормальныхъ людей. Однако сравнительно часто мы находимъ по крайней мѣрѣ въ больничной практикѣ, наряду съ урнингами, стоящими на высокой степени развитія, также сравнительно много морально дефективныхъ. То, что эти больные въ среднемъ очень много врутъ, объясняется до извѣстной степени щекотливымъ положеніемъ, въ которое ихъ ставятъ обычай и возрѣнія человѣческаго общества, приспособленные для общежитія гетеросексуальныхъ людей.

И въ области интеллекта мы видимъ у этихъ людей всевозможные нюансы; здѣсь, какъ и у другихъ психопатовъ, наблюдаются аномаліи во всевозможныхъ направленіяхъ.

Большинство гомосексуальныхъ это невротики въ томъ или иномъ смыслѣ. Физическіе „признаки дегенераціи", если не считать вторичныхъ половыхъ признаковъ другого пола, встрѣчаются у нихъ не чаще, чѣмъ у здоровыхъ. Раньше шли споры, считать ли гомосексуальность порокомъ; намъ объ этомъ разсуждать не приходится. Вопросъ, считать ли ее болѣзнью, относится къ области глупыхъ вопросовъ, особенно до тѣхъ поръ, пока мы не знаемъ точныхъ границъ болѣзни и не знаемъ, какіе нужно дѣлать выводы изъ понятія болѣзни.

Важнѣе разобраться, представляетъ ли данный случай врожденное разстройство или пріобрѣтенное и, слѣдовательно, устранимое.

За врожденный характеръ болѣзни говоритъ помимо сотни ничтожныхъ основаній, которыя часто приходится читать [2]) еще слѣду-

[1]) „Андрогинъ"-мужчина съ женскимъ строеніемъ тѣла, „гинандръ"-женщина съ мужскимъ строеніемъ тѣла.

[2]) Сюда относится ни на чемъ не основанное предположеніе, что педерастическія „привычки" пріобрѣтаются на почвѣ полового пресыщенія.

ющее: нѣкоторыя другія половыя аномаліи, особенно фетишизмъ, очень трудно объяснить себѣ иначе, какъ допустивъ случайную связь первыхъ половыхъ возбужденій съ необычнымъ объектомъ. По аналогіи можно и происхожденіе гомосексуальности объяснить такимъ образомъ, ибо трудно пока объяснить себѣ, какъ это природа доходитъ до того, чтобы продуцировать въ такомъ большомъ количествѣ аномалію, стоящую въ видимомъ противорѣчіи съ общепринятымъ взглядомъ, что половыя железы опредѣляютъ прочіе половые признаки.—Кромѣ того мы часто наблюдаемъ взаимное половое общеніе въ интернатахъ и во всякихъ другихъ мѣстахъ, гдѣ люди одного и того же пола живутъ въ тѣсномъ общеніи, болѣе или менѣе изолированно отъ другого пола. Существуютъ также учебныя заведенія, гдѣ гомосексуальность считается болѣе благороднымъ дѣломъ въ противоположность пролетарскому культу Venus Vulgivaga, и такимъ образомъ эта аномалія получаетъ особую притягательную силу.

Психоаналитики пытаются поставить эту аномалію въ связь, между прочимъ, также съ слишкомъ сильной привязанностью къ матери. И дѣйствительно у такихъ больныхъ мы часто находимъ указанія на особенную тяжесть разлуки съ матерью.

Всѣ эти основанія нисколько не выдерживаютъ критики; изъ всѣхъ приводимыхъ въ литературѣ способовъ возникновенія врядъ ли какой можно найти даже въ видѣ намека у больныхъ; исключеніе составляетъ привязанность къ матери, да и то это еще далеко не провѣрено на достаточномъ количествѣ случаевъ. Даже если этотъ фактъ самъ по себѣ подтвердится, это не можетъ служить еще доказательствомъ, что мы имѣемъ тутъ дѣло съ причиной и слѣдствіемъ, ибо и привязанность эта должна же быть на чемъ нибудь основана и это „что нибудь“ мы по нынѣшнему состоянію нашихъ знаній не можемъ считать ничѣмъ другимъ, какъ врожденнымъ „предрасположеніемъ“. Если даже допустить, что фетишизмъ обязанъ своимъ происхожденіемъ лишь случайнымъ моментамъ, то всеже трудно объяснить его безъ признанія наличія опредѣленнаго склада; какъ разъ при гомосексуальности аналогичное объясненіе потому уже не подходитъ, что вообще у многихъ лицъ первыя половыя возбужденія связаны съ собственнымъ поломъ (интернаты), а между тѣмъ въ дальнѣйшемъ они становятся въ половомъ отношеніи нормальными.

Такимъ образомъ нужно признать, что у насъ нѣтъ достаточнаго основанія считать эту аномалію пріобрѣтенной, наоборотъ имѣются очень много очень серіозныхъ указаній, что существенные корни гомосексуальности лежатъ во врожденной конституціи, причемъ это нужно понимать не только въ томъ смыслѣ, что направленіе сексуальности не достаточно опредѣлилось и благодаря этому случайное переживаніе можетъ направить ее на ложный путь, но, главнымъ образомъ, въ томъ смыслѣ, что гомосексуальный складъ самъ по себѣ является конституціональнымъ моментомъ. Затѣмъ надо имѣть въ виду фактъ, что многіе урнинги носятъ на себѣ физическіе признаки другого пола, и это наблюдается чаще, чѣмъ это соотвѣтствовало бы простой случайности въ опредѣленіи направленія

половой жизни. Затѣмъ при тщательномъ наблюденіи можно уже на первомъ или второмъ году жизни замѣтить тенденцію сексуальной сферы и во всякомъ случаѣ у большинства урнинговъ она опредѣляется уже въ томъ періодѣ жизни, когда сексуальное возбужденіе въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова не играетъ никакой или почти никакой роли. Къ 3 или 4 годамъ большинство урнинговъ уже готово.

Трудно кромѣ того понять, какимъ образомъ у людей, благодаря лишь одному тому, что они чувствуютъ себя урнингами, возникаетъ склонность усвоить себѣ привычки другого пола и во всѣхъ другихъ отношеніяхъ. Урнинги имѣютъ обыкновенно много дѣла съ мужчинами, и нужно было бы думать поэтому, въ согласіи съ тѣмъ что мы обычно наблюдаемъ въ патологическихъ условіяхъ, что они скорѣе должны были бы отожествлять себя съ мужчинами и избѣгать всего женственнаго, если бы имъ въ этомъ не мѣшали первичный складъ и предрасположеніе къ женственному поведенію. Характерно также, что нерѣдко гомосексуальные больные до періода полового созрѣванія сами не подозрѣваютъ аномалію у себя, пока случай имъ этого не открываетъ. Нельзя же допустить, чтобы внѣшнее переживаніе, оказавшее такое воздѣйствіе, осталось неосознаннымъ. Жизнь даетъ намъ достаточно фактовъ, подтверждающихъ прочность, съ которой природа закладываетъ направленіе сексуальности; большинство гомосексуальныхъ растетъ въ обстановкѣ, долженствующей внушать имъ влеченіе, противоположное ихъ инстинктамъ, и тѣмъ не менѣе этотъ инстинктъ не мѣняетъ своей тенденціи; геторосексуальные, если имъ даже приходится годами вслѣдствіе недостатка въ женщинахъ имѣть половое общеніе съ лицами своего пола, рады бываютъ, если имъ удается, въ концѣ концовъ, опять попасть къ женщинѣ. Если прослѣдить семьи гомосексуальныхъ, мы находимъ однородную наслѣдственность, правда, лишь въ 8%, однако на ряду съ этимъ мы находимъ слишкомъ часто помимо общаго невротическаго склада недостаточную устойчивость спеціально въ области сексуальности, которая у разныхъ членовъ семьи представляетъ различныя, но въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ устойчивыя аномаліи и кромѣ того часто проявляется съ особенной силой. Что въ этихъ случаяхъ какую то роль играютъ еще неизвѣстныя намъ физическія ненормальности, доказываетъ потомство гомосексуальныхъ, которое по Hirschfeld'у въ значительной степени вырождается. Гомосексуальность наблюдается во всякомъ случаѣ также у животныхъ, однако изъ этого нельзя дѣлать никакихъ выводовъ, пока у насъ нѣтъ цифровыхъ данныхъ о частотѣ этого явленія. Зато на существованіе біологической причины указываетъ непрерывная цѣпь переходовъ отъ чисто разнополыхъ къ двуполымъ и отъ этихъ къ чисто однополымъ, причемъ наблюдаются всевозможныя переходныя ступени не только въ смыслѣ тенденціи влеченія, но и въ смыслѣ физическихъ и душевныхъ качествъ вообще, поскольку они стоятъ въ связи съ поломъ. Я не могу себѣ представить, какимъ образомъ подобную равномѣрность оттѣнковъ можно объяснить однимъ лишь случайнымъ перенесеніемъ полового влеченія на другой полъ.

Изъ всего вышесказаннаго само собой понятно, что теорія до сихъ поръ еще въ загонѣ и, хотя я вмѣстѣ съ многими другими авторами (какъ разъ съ тѣми, которые обладаютъ наибольшимъ опытомъ) склоненъ видѣть существенный факторъ гомосексуальности въ врожденной тенденціи инстинкта, однако съ другой стороны опять таки не совсѣмъ понятно, что въ случаяхъ съ неустойчивымъ направленіемъ сексуальности рѣшающую роль можетъ сыграть случайность. А такая неустойчивость несомѣнно существуетъ, детальное изученіе человѣческихъ влеченій и инстинктовъ съ безусловностью доказываетъ, что самый подлинный „діонингъ" имѣетъ свою гомосексуальную компоненту. Еще не было ни одного шизофреника, у котораго я бы при болѣе тщательномъ изученіи не натолкнулся на это (однако въ виду отсутствія точки опоры въ данныхъ о наслѣдственности мало вѣроятно, чтобы этотъ гомосексуальный моментъ составлялъ существенную часть шизофренической конституціи). Итакъ, единственная гипотеза, которая въ настоящее время наиболѣе вѣроятна, состоитъ въ томъ, что уранизмъ представляетъ біологическое явленіе. Если подтвердится, что приблизительно 2% людей представляютъ эту особенность, то возможно, что мы имѣемъ здѣсь дѣло съ механизмомъ, аналогичнымъ тому, который производитъ на каждые 100 самокъ 106 самцовъ. Этимъ можно было бы также до нѣкоторой степени объяснить поразительное явленіе, что гомосексуальность не вымираетъ, хотя она въ высокой степени препятствуетъ продолженію рода. Нѣкоторый свѣтъ на этотъ вопросъ, можетъ быть, прольютъ дальнѣйшія изслѣдованія объ измѣненіяхъ, которыя наступаютъ въ физическихъ и психическихъ половыхъ признакахъ отъ пересадки половыхъ железъ противоположнаго пола въ тѣло кастрированныхъ людей [1]). Можно напр. представить себѣ, что при двуполомъ складѣ и половыхъ железъ, благодаря моментамъ опредѣляющимъ полъ, требуется не выборъ между двумя крайностями, а лишь подавленіе одного фактора, которое никогда не бываетъ полнымъ и можетъ подвергаться перемѣнамъ даже послѣ того, какъ опредѣлилось развитіе половыхъ железъ даннаго индивидуума. Во всякомъ случаѣ половые гормоны имѣютъ вліяніе также на психическое направленіе полового инстинкта.

Если уранизмъ считать біологическимъ явленіемъ, его слѣдуетъ принципіально отличать отъ такъ наз. вырожденія, представляющаго со своими уклоненіями отъ нормы явленіе болѣе случайнаго характера. Такому пониманію нисколько не мѣшаетъ тотъ фактъ, что мы и здѣсь часто видимъ связь съ другими психическими аномаліями, которыя не отличаются отъ обыкновенныхъ психопатическихъ симптомовъ. Если же не подтвердится теорія о біологической натурѣ аномаліи (теорія опирается почти исключительно на цифровое постоянство явленій), изъ этого, конечно, еще не будетъ слѣдовать, что нужно отказаться отъ взгляда, что гомосексуальность представляетъ явленіе врожденнаго характера.

Діагнозъ большей частью самъ собой понятенъ. Нужно лишь остерегаться смѣшивать случайную склонность къ гомосексу-

---

[1]) Литературу см. Steinach u. Lichtenstern. Umstimmung der Homosexualität durch Austausch der Pubertätsdrüsen. München, Med. Wochenschr. 1918, 145.

альнымъ актамъ съ гомосексуальностью, какъ таковой, и не нужно непремѣнно хотѣть втиснуть въ рамки одной изъ крайностей тѣ или иныя двуполыя промежуточныя ступени.

Леченіе, то есть попытки вылечить больного имѣютъ шансы на успѣхъ только въ болѣе легкихъ случаяхъ, то есть у двуполыхъ субъектовъ („псевдогомосексуальныхъ“), которыхъ можно путемъ гипноза или психоанализа настолько перевоспитать, что они начинаютъ жить нормальной половой жизнью и могутъ даже жить въ счастливомъ бракѣ.

Рѣзко выраженныя формы до сихъ поръ считались неизлѣчимыми, однако въ новѣйшее время Steinach'у удалось вылечить одного больного путемъ кастраціи и пересадки человѣческаго яичка. Этотъ методъ леченія требуетъ, конечно, еще подтвержденія. Пока что приходится пріучать больного къ мысли, что онъ долженъ такъ или иначе примириться со своей судьбой.

Для многихъ является спасеніемъ уже одно то, что онъ начинаетъ понимать свое положеніе и не чувствуетъ себя обязаннымъ вести съ этимъ внутреннюю борьбу. Врачъ однако часто можетъ дать еще больше, особенно въ смыслѣ успокоенія прежде всего нервныхъ жалобъ, которыя вызываются трудностью положенія въ общемъ и борьбой съ сексуальной сферой въ частности, затѣмъ страхомъ тюрьмы, опасеніемъ потерять честь или нарушить благополучіе семьи и т. д. Чуткіе люди, особенно съ этическимъ или религіознымъ складомъ, часто изводятъ себя самообвиненіями; больной легче ихъ переноситъ, если ему разъяснить истинное положеніе. Наряду съ этимъ нужно имѣть въ виду также психическое леченіе общей нервозности. Получается впечатлѣніе, что многіе нервные симптомы непосредственно обусловлены вынужденнымъ половымъ воздержаніемъ (чего я у здоровыхъ не считаю причиной болѣзни) и тутъ главную роль играетъ установка. Кто склоненъ считать цѣломудріе чѣмъ то само собой понятнымъ, тотъ отъ этого не страдаетъ вовсе или страдаетъ мало, а тотъ, кто изводится внутренней борьбой, кто ищетъ въ себѣ отговорокъ, чтобы имѣть право отказаться отъ цѣломудрія, тотъ, конечно, станетъ невротикомъ. Врачъ долженъ, руководствуясь этими указаніями, воспитать своего больного, если тотъ согласенъ подвергнуться такому воспитанію.

По другимъ неврозамъ мы знаемъ, какое значеніе имѣетъ отвлеченіе путемъ занятія, наполняющаго жизнь или путемъ спорта, философіи, искусства. Все же гомосексуальныхъ еще труднѣе пріучить къ цѣломудрію, чѣмъ рядового діонинга. Ихъ половая сфера обычно ненормально возбуждена, а ихъ нервная система реагируетъ сильнѣе. Я знаю такихъ гомосексуальныхъ, которые дали себя кастрировать и теперь счастливы, что избавлены отъ борьбы и отъ страха тюрьмы. Однако многіе не могутъ понять, что они должны отказаться отъ той радости жизни, которую остальное человѣчество такъ высоко цѣнитъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной, заведя гомосексуальную „связь“, какъ будто освобождается отъ борьбы и отъ невроза, однако врядъ ли когда тренія совершенно исчезаютъ уже по одному тому, что имѣется наклонность къ частымъ перемѣнамъ

и всякого рода измѣнамъ. Кромѣ того не всегда легко проскользнуть благополучно черезъ сѣти закона, хотя по Hirschfeld'у лишь одинъ на 10 000 подвергается уголовному преслѣдованію, гораздо большое количество попадаетъ въ сѣти шантажистовъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больной находитъ удовлетвореніе въ общеніи съ другомъ, не совершая при этомъ преступныхъ дѣяній. Эмиграцію въ страны, гдѣ эти аномаліи не преслѣдуются закономъ, можно рекомендовать только въ очень рѣдкихъ случаяхъ (за и противъ см. у Hirschfeld'a).

Отношеніе уголовнаго законодательства къ гомосексуальнымъ въ Германіи, Австріи и въ большинствѣ Швейцарскихъ кантоновъ нужно съ врачебной точки зрѣнія признать несправедливымъ. Оно непослѣдовательно, недостойно и — что въ моихъ глазахъ является наибольшимъ недостаткомъ—совершенно безполезно, а вмѣстѣ съ тѣмъ приноситъ вредъ и людямъ съ нормальной половой сферой (поощряя выслѣживаніе половыхъ отношеній) и тѣмъ выращиваетъ гораздо большее зло, а именно вымогательство. Законъ долженъ быть направленъ лишь противъ совращенія, однако значеніе послѣдняго по моимъ наблюденіямъ сильно преувеличено, такъ какъ въ большинствѣ совращенныхъ, которыхъ я видѣлъ, ужъ больше ничего испортить нельзя было.

Самъ по себѣ урнингъ, конечно, не является невмѣняемымъ, хотя даже здоровый человѣкъ часто требуетъ, чтобы половое влеченіе въ немъ признавалось непреодолимымъ. Все же въ нашихъ случаяхъ часто приходится расширительно толковать понятіе невмѣняемости въ виду того, что здѣсь влеченіе ненормально, не только въ смыслѣ направленія, но также и количественно, а также и въ виду того, что здѣсь играетъ роль обыкновенно множество другихъ аномалій. Въ сущности говоря, почти всегда имѣются смягчающія вину обстоятельства, особенно, если имѣть въ виду отсутствіе пониманія у законодателя, исходящаго изъ ложныхъ предпосылокъ.

XVI. Психопатическія личности.

То, что въ общемъ нами было сказано о конституціональныхъ уклоненіяхъ, подходитъ также и для психопатическихъ личностей. Относящіяся сюда картины болѣзни не имѣютъ рѣзкихъ границъ ни между собою, ни по отношенію къ нормѣ — можно сказать не имѣютъ вообще границъ. Степень интенсивности и частоты, съ которой можно психопата начать считать больнымъ, совершенно произвольна. Эта группа имѣетъ обширную зону переходныхъ и смѣшанныхъ формъ, приближающихъ ее ко всѣмъ нервнымъ болѣзнямъ, особенно къ истеріи. Параноидный складъ не обязательно ведетъ въ каждомъ случаѣ къ параноѣ. У одного и того же больного можно наблюдать смѣсь самыхъ различныхъ состояній, къ которымъ присоединяются еще другія, не упоминающіяся въ описаніяхъ. Почти всегда имѣются на лицо аффективныя аномаліи и невротическія явленія. Кромѣ того многихъ психопатовъ съ трудомъ можно отличить отъ настоящихъ душевныхъ больныхъ въ скрытомъ состояніи (скрытая шизофренія, эпилепсія, циклотимія).

Kraepelin' считаетъ психопатіи ограниченной задержкой развитія, которую онъ противоставитъ общимъ задержкамъ развитія (олигофреніи). Я съ этимъ не могу согласиться, хотя несомнѣнно нѣкоторая аналогія имѣется, и дальнѣйшее развитіе въ болѣе высокомъ возрастѣ ослабляетъ многіе изъ этихъ болѣзненныхъ симптомовъ. У всѣхъ ставшихъ домашними животныхъ имѣются многочисленныя и всестороннія уклоненія отъ нормы и несомнѣнно то же должно быть и у человѣка; не лишено поэтому вѣроятія, что главная часть такихъ психопатовъ относится къ категоріи этихъ уклоненій. Кромѣ того инфантилизмомъ можно слишкомъ многое объяснять; затѣмъ самое понятіе задержки развитія, какъ только его примѣняютъ къ фактамъ, становится совершенно неяснымъ и мало примѣнимымъ даже въ болѣе простыхъ соотношеніяхъ, чѣмъ въ психіатріи. Эти соображенія только намѣчаютъ возможныя возраженія.

Леченіе см. въ концѣ главы XVI.

A. Легко возбудимые.

Люди этого склада реагируютъ на внѣшнее воздѣйствіе чрезмѣрно остро, въ формѣ приступовъ бѣшенства, продолжающихся самое большее нѣсколько часовъ, отчаянія съ покушеніемъ на самоубійство, приступовъ страха или даже ступорозныхъ состояній. Во время приступа больные очень плохо соображаютъ, многіе находятся почти въ сумеречномъ состояніи, память происшедшаго сильно страдаетъ. Особенно частыми причинами этой болѣзненной экзальтаціи является ревность и алкоголь.

B. Неустойчивые.

Люди этого типа характеризуются отсутствіемъ постоянства и выдержки въ аффективныхъ функціяхъ, вслѣдствіе чего всевозможныя внутреннія и внѣшнія вліянія момента чрезмѣрно вліяютъ на ихъ волю. Многіе изъ нихъ становятся преступниками отъ легкомыслія. Среди нихъ имѣются и живые, легко возбудимые темпераменты и апатическіе.

24-лѣтній купецъ. Отецъ хорошій человѣкъ, но съ слишкомъ большимъ размахомъ, промоталъ состояніе семьи. Мать раздражительна, капризна, слабовольна. Ея отецъ былъ легкомысленъ, тоже растранжирилъ состояніе, былъ бигамиченъ. Самъ больной учился въ школѣ не регулярно, однако былъ хорошимъ ученикомъ. Послѣ смерти отца поступилъ ученикомъ въ магазинъ, гдѣ онъ растратилъ довольно большую сумму изъ кассы. Былъ помѣщенъ въ воспитательное учрежденіе, гдѣ все шло довольно хорошо; тутъ же ему было разрѣшено (у него былъ красивый голосъ) брать уроки пѣнія. Уже въ періодѣ полового созрѣванія онъ во многихъ мѣстахъ не платилъ по счетамъ. Затѣмъ онъ былъ помѣщенъ къ своей теткѣ, гдѣ провелъ больше года; тетку онъ ухитрился какимъ то образомъ обойти, такъ что она сама перешла въ комнатку на чердакѣ и начала зарабатывать себѣ на жизнь рукодѣліями, а самъ онъ забралъ себѣ салонъ и спальню и велъ широкій образъ жизни. Онъ работалъ въ нѣсколькихъ учрежденіяхъ и, повидимому, имѣлъ кромѣ этого много ангажементовъ въ качествѣ опернаго пѣвца, однако онъ нигдѣ не могъ удержаться, хотя причиной этого не всегда были долги и конфликты съ полиціей на этой почвѣ. Одна жалоба была взята обратно, такъ какъ оказалось, что его поступокъ носилъ скорѣе легкомысленный характеръ, чѣмъ мошенническій. Въ нѣкоторыхъ другихъ случаяхъ, гдѣ онъ добывалъ деньги, повидимому, посредствомъ обмана, дѣло не дошло даже до жалобы. Путемъ предъявленія поддѣльнаго контракта ему удалось обмануть также сиротскій судъ (въ 23 г.). Въ концѣ концовъ онъ обручился съ одной дѣвушкой, повидимому, тоже легкомысленнаго характера, отъ которой

онъ отчасти путемъ всякого рода обмана, отчасти просто такъ выманилъ большія суммы, хотя нужно сказать, что эта дѣвушка иногда тоже принимала участіе въ проживаніи этихъ денегъ. Въ концѣ концовъ всетаки она принуждена была подать на него жалобу, и больной попалъ такимъ образомъ на испытаніе. Мы нашли довольно хорошій интеллектъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ легкій моральный дефектъ, изъ за котораго больной не могъ должнымъ образомъ раскаяться въ томъ злѣ, которое онъ причинилъ. Все же обнаружилось, что онъ всегда былъ полонъ добрыхъ намѣреній, на новыхъ мѣстахъ первое время работалъ хорошо, пока соблазнъ не бралъ верхъ, а случалось это обыкновенно черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ. Больной имѣлъ элегантную внѣшность и увѣренно держалъ себя. Однако при изслѣдованіи оказалось, что въ его аффективной сферѣ имѣется какая то торопливость и неспособность напречь свою волю въ соотвѣтствіи съ заданіемъ и держать ее на должной высотѣ, пока заданіе не будетъ исполнено. Это обнаруживалось не только въ жизни, но и при сравнительныхъ элементарныхъ изслѣдованіяхъ, при которыхъ онъ не могъ достаточно долго держать вниманіе сосредоточеннымъ и проводить до конца свое рѣшеніе. Письменныя работы онъ всегда начиналъ довольно хорошо, однако скоро терялъ нить или комкалъ конецъ или просто бросалъ работу незаконченной. О своихъ денежныхъ дѣлахъ онъ самъ не имѣлъ должнаго представленія. Онъ толкомъ не помнитъ, подписалъ ли онъ вексель на 6 или на 7 тыс. франковъ. Ни онъ, ни его невѣста не могли, хоть сколько нибудь приблизительно, сказать, какую сумму онъ собственно у нея выманилъ. Самыя простыя арифметическія задачи онъ рѣшалъ на спѣхъ съ ошибками, хотя въ общемъ считалъ хорошо. На настойчивое требованіе дать ясный отчетъ о томъ, что онъ надѣлалъ, онъ не только терялъ самоувѣренность и все путалъ, но начиналъ также безбожно врать, не только безъ пользы для себя, но часто даже во вредъ. Что касается его мошенничествъ, которыя впрочемъ нужно признать больше проявленіемъ легкомыслія по отношенію къ слишкомъ довѣрчивой особѣ, чѣмъ настоящимъ преступленіемъ, мы принуждены были его признать вмѣняемымъ, но не способнымъ самому заботиться о своихъ дѣлахъ; послѣднее мы сдѣлали въ надеждѣ, что надежныя руки опекуна направятъ его въ лучшее русло.

Невыдержанность эта, конечно, нерѣдко комбинируется съ другими аномаліями, равно какъ съ моральной олигофреніей въ различныхъ степеняхъ. Нижеслѣдующее письмо характеризуетъ такой случай. Письмо мы приводимъ здѣсь въ качествѣ примѣра, какіе выводы можно дѣлать по письмамъ больного.

Дорогая мама!

Съ четверга я нахожусь въ сумасшедшемъ домѣ Burghölzli (Цюрихъ) отд. В. 2. Твое дор. письмо я получилъ передъ отъѣздомъ изъ Hinwil и я очень радъ былъ дор. мама, узнать, что не смотря на мои проказы ты еше не потеряла надежды; я тебѣ очень за это благодаренъ и твердо надѣюсь, что насъ ждутъ еще лучшія времена. Мнѣ тутъ не дурно, ѣда и уходъ отличные, кромѣ того я хорошо провожу время, такъ что оно быстро проходитъ. Я надѣюсь что скоро мнѣ можно будетъ опять работать. Изъ твоего письма я узналъ, что у тебя больная нога. Желаю тебѣ поправиться, чтобы ты могла въ скорости меня навѣстить. Посѣтители допускаются по воскресеньямъ, вторникамъ и пятницамъ отъ 10—11. Когда придешь приведи также г. Huber, я бы хотѣлъ опять его повидать, ты вѣдь знаешь, что онъ желалъ мнѣ добра. Милая мама пришли мнѣ на будущей недѣлѣ посылку съ яблоками, шеколадомъ и нѣсколько папиросъ Phillos по 25 Rp. за 20 шт. Здѣсь можно курить, если имѣешь папиросы. Пожалуйста не забудь этого сообщи мнѣ что слышно дома. По дорогѣ съ вокзала сюда я видѣлъ Розу Мейеръ и она меня видѣла, можетъ быть она тебѣ это разсказала. Я надѣюсь, дорогая мама, что ты къ слѣдующей по крайней мѣрѣ пятницѣ опять въ состояніи будешь ходить, тогда ты вѣдь придешь ко мнѣ. Мнѣ все хочется фруктовъ.

Въ надеждѣ видѣть тѣбя и посылку шлю тебѣ привѣтъ

т. л. т. Артуръ

Стиль письма ясный, понятный, простой, въ общемъ довольно хорошій, принимая во вниманіе степень образованія; орфографія значительно хуже. Это несоотвѣтствіе большей частью указываетъ на то, что авторъ письма не лишенъ способности учиться и понимать, но что въ школѣ онъ не обнаруживалъ долж-

наго усердія. То же качество Артуръ обнаруживаетъ и въ другихъ вещахъ: такъ онъ понятія не имѣетъ о числѣ кантоновъ въ Швейцаріи, хотя это такъ часто приходится слышать, что даже многіе рѣзкіе имбецилики почти автоматически отвѣчаютъ на этотъ вопросъ. Однако онъ довольно не дурно перечисляетъ по порядку тѣ кантоны, которые нужно проѣхать при какой нибудь опредѣленной поѣздкѣ.

Слова „милое письмо", „милая мама", вставленные въ текстъ доказываютъ, что у него есть потребность въ аффективномъ отношеніи къ матери, на тоже указываютъ слова „я очень тебѣ благодаренъ за это" и упоминаніе больной ноги, а также пожеланіе выздоровленія. Однако, любитъ ли Артуръ дѣйствительно свою мать и скучаетъ безъ нея, трудно установить съ точностью на основаніе однаго лишь письма; все же получается впечатлѣніе какъ будто онъ дѣйствительно къ ней питаетъ хорошія чувства, и по остальному поведенію больного можно судить, что онъ дѣйствительно до извѣстной степени любитъ свою мать.

Однако такъ ли глубока эта любовь къ матери, это раскаяніе и эти добрыя намѣренія? Онъ знаетъ, что онъ надѣлалъ много глупостей, онъ радъ что, не смотря на это мать еще не потеряла надежду, онъ ей за это благодаренъ и увѣренъ, что еще наступятъ лучшія времена для нихъ обоихъ. Важно отмѣтить, что онъ вовсе не думаетъ о томъ, что онъ долженъ самъ добиваться этихъ лучшихъ временъ, что онъ долженъ работать надъ собой, заняться своимъ перевоспитаніемъ, онъ видитъ одно лишь пріятное, что будетъ лучше, и изъ больницы онъ не пишетъ ничего о перевоспитаніи, а лишь о хорошей пищѣ и объ интересномъ времяпрепровожденіи. Затѣмъ онъ вспоминаетъ про больную ногу матери, онъ желаетъ ей выздоровленія, но исключительно съ той цѣлью, чтобы она могла его посѣтить, при этомъ онъ располагаетъ необходимыми ассоціаціями и точно указываетъ ей время для посѣщенія. Однако общества матери ему мало, ему нужно еще г. Huber, и онъ не забываетъ сказать матери, что этотъ господинъ не относится къ числу людей плохого круга, гдѣ онъ раньше „вращался". Помимо этого ему еще нужно яблоки, шеколадъ и папиросы, но ждать онъ не можетъ, пока нога матери заживетъ, вещи нужно ему прислать, причемъ это слово онъ подчеркиваетъ. Нетерпѣніе съ которымъ онъ ждетъ посылки сказывается въ томъ, что онъ въ концѣ письма выражаетъ надежду, что мать сможетъ придти въ слѣдующую пятницу, а посылку онъ ждетъ раньше. Онъ долженъ всетаки тутъ же выказать хоть нѣкоторый интересъ къ тому, что происходитъ дома, однако дальнѣйшихъ ассоціацій нѣтъ, онъ не интересуется никакими подробностями, хотя при упоминаніи о папиросахъ онъ точно указываетъ сортъ и цѣну. Затѣмъ онъ разсказываетъ о встрѣчѣ, которую онъ имѣлъ, но лишь такъ, безъ прямого отношенія къ теперешнему положенію, хотя это могло быть удобнымъ случаемъ показать, стѣсняется ли онъ или нѣтъ этой Розы Майеръ, которая встрѣтила его по дорогѣ изъ воспитательнаго заведенія въ психіатрическую больницу. Затѣмъ вновь выражается надежда на выздоровленіе матери, но это опредѣленно связывается съ ея посѣщеніемъ, а посѣщеніе опять таки имѣетъ значеніе, какъ средство полученія фруктовъ, а не является просто осуществленіемъ желанія видѣть мать. Въ послѣдней строкѣ эти два обстоятельства упоминаются вновь во взаимной связи, этимъ письмо заканчивается, и цѣль его выполнена.

Итакъ, авторъ этого письма все возвращается къ идеѣ удовольствія; правда онъ обнаруживаетъ извѣстную нѣжность по отношеніи къ матери, признаетъ до нѣкоторой степени, что своимъ поведеніемъ онъ ее огорчилъ и что ему нужно исправиться, однако все это носитъ преходящій и второстепенный характеръ, главное это удовольствіе. И поэтому мы видимъ, что онъ неустойчивъ въ своихъ аффектахъ и поверхностно относится къ важнымъ вещамъ, не выдержанъ и опять постоянно возвращается къ удовольствіямъ. При каждомъ посѣщеніи онъ всегда о чемъ либо проситъ съ обязательной и заранѣе исполненной благодарностью мимикой: проситъ онъ то пустяковъ, то выписки. О самомъ главномъ, объ исправленіи, о томъ что для этого нужно дѣлать, объ этомъ не говоритъ ни слова. Такъ какъ юноша не совсѣмъ лишенъ моральныхъ чувствъ и велъ себя плохо по слабости, а не по злой волѣ и такъ какъ въ больницѣ онъ до извѣстной степени поддается воздѣйствію, можно при его возрастѣ поставить не очень плохой прогнозъ, однако съ условіемъ, что онъ останется болѣе продолжительное время въ закрытомъ учрежденіи. Въ соотвѣтствіи съ своей невыдержанностью онъ до сихъ поръ не могъ ни на одной

работѣ (не принудительной) удержаться, всегда отлынивалъ. Извѣстной устойчивости можно добиться отчасти внѣшнимъ принужденіемъ, отчасти этого можно ждать отъ созрѣванія характера, имѣющаго еще дѣтскія черты.

C. Импульсивные люди.

По Kraepelin'у въ группу импульсивныхъ людей входятъ не совсѣмъ однородныя категоріи: расточители, странствующіе и запойные.

Расточители просто не въ состояніи, несмотря на хорошее умственное развитіе, считаться съ матеріальными обстоятельствами, дѣлаютъ долги за долгами, иногда очень утонченно, и разоряютъ себя, а часто и другихъ людей, съ которыми они такъ или иначе связаны.

Странствующіе люди Kraepelin'a это не знающіе покоя люди, которымъ вездѣ плохо, которые нигдѣ не могутъ удержаться и постоянно мѣняютъ мѣсто пребыванія. Нужно однако добавить, что болѣзненное стремленіе къ странствованію не представляетъ собой чего либо цѣльнаго ни какъ болѣзнь, ни какъ синдромъ. На ряду съ указанными типами имѣются многіе другіе, напр. прожектеры, затѣмъ люди, которымъ все нравится на новомъ мѣстѣ, но вскорѣ „все прiѣдается", затѣмъ всякаго рода впечатлительные люди, которые вездѣ вызываютъ скандалъ и поэтому мѣняютъ мѣсто, далѣе поріоманы, которыхъ гонятъ въ даль истерическія, шизофреническія, эпилептическія колебанія настроенія и помраченія сознанія.

Категорія запойныхъ тоже не представляетъ чего либо единаго.[1] Kraepelin упоминаетъ затѣмъ азартныхъ игроковъ и коллекціонеровъ и приводитъ всю эту категорію въ связь съ аффективной эпилепсіей.

D. Оригиналы.

У оригиналовъ отсутствуетъ единство и послѣдовательность въ ихъ душевной жизни. Странное пониманіе обстановки, странности въ логическихъ операціяхъ, своеобразныя воззрѣнія, а также манера выражаться придаютъ имъ внѣшнее сходство съ шизофрениками, отъ которыхъ ихъ трудно отграничить, хотя несомнѣнно, что эти типы имѣютъ въ основѣ врожденныя аномаліи. Оригиналы представляютъ единственную категорію конституціональныхъ уклоненій, у которыхъ разстройства касаются не исключительно одной лишь аффективной сферы.

E. Лгуны и плуты. (Pseudologia phantastica).

Люди этого типа страдаютъ всѣ чрезмѣрной дѣятельностью фантазіи, а также непостоянствомъ и отсутствіемъ планомѣрности воли. Они такъ сживаются съ своимъ воображаемымъ положеніемъ и ролями, что забываютъ, что это не соотвѣтствуетъ дѣйствителности и ставятъ свои поступки въ зависимость отъ своихъ фантазій. Если они не обладаютъ сильнымъ нравственнымъ чувствомъ, они, конечно, становятся жуликами или мошенниками высшаго полета. Эти случаи часто путаютъ съ истеріей, однако въ этомъ нѣтъ никакой необходимости. Отмѣчу что два раза я наблюдалъ этотъ синдромъ въ качествѣ прелюдіи къ настоящему психозу (прогрессивный параличъ и dementia praecox), причемъ синдромъ этотъ былъ такъ ясно выраженъ, что я долгое время не видѣлъ основной болѣзни.

Примѣръ: одинъ больной Henneberg'a [1]), изучавшій нѣкоторое время богословіе и право и имѣвшій премію за научную работу, въ одинъ прекрасный день присвоилъ себѣ титулъ Dr. juris, открылъ нѣсколько торговыхъ конторъ, купилъ большую скоропечатню, все это на деньги, добытыя обманомъ, диктовалъ безконечныя фиктивныя дѣловыя письма, которыхъ онъ не отправлялъ, тратилъ много денегъ на покупку театральныхъ билетовъ, которые онъ потомъ раздавалъ, заявляя что получаетъ ихъ безплатно. Еще одинъ примѣръ см. выше въ гл. о разстройствахъ памяти.

F. Враги общества.

(Антисоціальные, моральные олигофреники, моральные идіоты и имбецилики).

Съ точки зрѣнія психопатологіи категорія враговъ общества, асоціальныхъ и антисоціальныхъ людей, не представляетъ чего либо единаго. Это собирательное обозначеніе оправдывается только практически соціальной точкой зрѣнія: къ преступленію ведутъ разнообразныя конституціи. Хорошую картину многообразія преступниковъ даетъ Aschaffenburg [2]): люди, совершающіе преступленіе случайно, подъ вліяніемъ аффекта или потому что представился удобный случай, это все въ сущности не плохіе люди. Они попадаютъ на плохую дорогу лишь подъ вліяніемъ положенія, съ которымъ не могутъ справиться, вслѣдствіе неустойчиваго настроенія, необдуманности, легкой моральной слабости и т. п. дефектовъ. Aschaffenburg объединяетъ эту категорію подъ именемъ преступниковъ подъ вліяніемъ минуты. Случайный преступникъ причиняетъ бѣду по небрежности, аффективный преступникъ можетъ убить или поранить противника въ справедливомъ возмущеніи или въ грубой ярости. Другого рода случайный преступникъ можетъ обокрасть кассу, если въ данный моментъ онъ нуждается въ деньгахъ. Настоящіе преступники чѣмъ они опаснѣе, тѣмъ хладнокровнѣе совершаютъ свои преступленія (преступники съ заранѣе обдуманнымъ намѣреніемъ); преступникъ рецидивистъ совершаетъ такія дѣянія неоднократно, однако въ промежуткахъ иногда хорошо работаетъ и вообще можетъ хорошо себя вести. Совершенно не можетъ ужиться съ правовымъ строемъ привычный преступникъ, и то однако онъ остается преступникомъ больше по отрицательнымъ мотивамъ, напр. изъ нужды, когда онъ не работаетъ; однако вмѣсто того чтобы не красть, онъ предпочитаетъ не работать. Профессіональные преступники имѣютъ профессіональное влеченіе къ преступленію, которымъ они занимаются, какъ скрипачъ своимъ искусствомъ, преступленіе для нихъ источникъ къ существованію. Среди нихъ имѣются спеціалисты, напр. взломщики, карманные воры и т. д. Моральные изъяны несомнѣнно имѣются у первыхъ трехъ категорій часто; а у послѣдней всегда. Однако ихъ ненормальность состоитъ не исключительно изъ одного лишь этическаго дефекта, и послѣдній не является даже самымъ существеннымъ, ибо эти люди ненормальны и въ другихъ отношеніяхъ: невыдержаны, слабы, неустойчивы, вспыльчивы, чудаковаты, дебильны и т. д. Степень опасности, между

[1]) Судебно-медицинское и клиническое значеніе Pseudologia phantastica, Charité-Annalen XXV. Jahrg. 375. Рефер. Zentralbl. f. Nervenheilkunde и Psych. 1902 XXV. Jahrg. Стр. 282.

[2]) Преступность и борьба съ нею. II изд. Heidelberg Winter 1906 стр. 179.

прочимъ, зависитъ непосредственно отъ того, насколько отклоненія отъ нормы, особенно моральный дефектъ связанъ съ наличіемъ дурныхъ инстинктовъ и вообще съ активностью. Человѣкъ просто безсердечный причиняетъ другимъ боль, если это даетъ ему какую либо выгоду; но если ему страданіе другихъ доставляетъ удовольствіе, онъ будетъ мучить другихъ людей, даже если онъ отъ этого никакой пользы не имѣетъ. Можно красть по лѣности и вслѣдствіе отсутствія нравственнаго чувства или же потому, что такой способъ жизни доставляетъ опредѣленное удовольствіе. Въ концѣ то концовъ всѣ они входятъ въ конфликтъ съ обществомъ, которое защищается отъ нихъ путемъ наказанія, потому многіе чувствуютъ себя передовыми борцами за свободу и справедливость противъ лицемѣрнаго и полнаго насилія порядка. Почти у всѣхъ преступныхъ натуръ, къ какой бы категоріи онѣ не принадлежали, замѣчается въ видѣ общей черты нежеланіе упорядоченной работы или по крайней мѣрѣ недостаточная, лишенная выдержки, работоспособность.

Степень развитія интеллекта у враговъ общества бываетъ различная, чаще плохая, чѣмъ хорошая. Многихъ нужно считать скорѣе оригиналами, чѣмъ дураками. Понятно само собой, что отсутствіе моральной аффективности затрудняетъ мышленіе въ области этики. Возможно что имѣется единое свойство, которое проявляется и какъ моральное влеченіе, и какъ моральное пониманіе, вродѣ того какъ напр. влеченіе къ музыкѣ или къ математикѣ охотно комбинируется съ особыми способностями въ этомъ направленіи. Если это такъ, тогда правильное нравственное пониманіе и хорошее развитіе общественнаго чувства должны или наблюдаться вмѣстѣ, или вмѣстѣ отсутствовать.

Моральный дефектъ обычно бываетъ врожденный или унаслѣдованный, хотя поврежденія мозга вызываютъ не только раздражительность, но также грубость по отношенію къ другимъ или радость отъ возможности издѣваться. Легкіе случаи въ подходящей обстановкѣ могутъ до нѣкоторой степени исправиться, но послѣ 20 лѣтъ улучшеніе врядъ ли уже возможно. Не нужно забывать, что дѣти иногда повторно совершаютъ преступныя дѣянія, даже не считая тѣхъ, къ которымъ ихъ вынуждаетъ среда (кража у спартанцевъ или по порученію воспитателей), и все же это не всегда служитъ признакомъ плохого развитія нравственнаго чувства. Такіе опустившіеся, благодаря средѣ, люди до нѣкоторой степени поддаются еще воспитанію.

Значительная часть асоціальныхъ уже въ дѣтствѣ проявляетъ себя. Большинство отстаетъ въ школѣ, даже не смотря на недурныя способности, ибо не могутъ приспособиться и не имѣютъ достаточнаго усердія и вниманія. Рѣдко наблюдаются успѣхи выше средняго въ какомъ либо одномъ направленіи. Многіе лѣнивы, вороваты, жестоки по отношенію къ людямъ и животнымъ, лживы, имѣютъ большія претензіи, нарочно или по небрежности портятъ свое и чужое имущество, тщеславны, ненадежны, эгоистичны. Они не могутъ подчиниться авторитету, отлыниваютъ, если имъ что не нравится, наказаній они не боятся и вообще ни конфетка, ни плетка не производятъ на нихъ видимаго воздѣйствія. Отъ постояннаго выполненія

всевозможныхъ проказъ у нихъ развивается хитрость и энергія, они быстро перенимаютъ все дурное и плохо или совсѣмъ не усваиваютъ ничего хорошаго, инстинктивно ищутъ плохого общества. Какъ правило наблюдаютъ раннее появленіе полового влеченія съ нормальной или извращенной тенденціей.

Типичный примѣръ того, какъ вмѣстѣ съ моральнымъ чувствомъ слабѣетъ и логика въ этой области приводитъ Hanselmann. Ученикъ приходитъ поздно домой, портитъ своей рвотой постель и воскресный костюмъ, за что его мастеръ выругалъ. Ученикъ, разсказывая объ этомъ, непринужденно прибавляетъ: „не признаю мастера, который назвалъ меня сволочью, онъ не знаетъ никакого приличія". Въ этихъ словахъ замѣчается, прежде всего, разница въ оцѣнкѣ (главнымъ образомъ аффективной, но также и умственной) собственнаго поступка и поступка мастера и кромѣ того недостатокъ ассоціаціи свойственный олигофреникамъ: больной не понимаетъ, что брань оправдывалась положеніемъ. Одна ошибка усиливаетъ значеніе другой. Такія уклоненія, какъ бы они тяжелы ни были на первый взглядъ, сами по себѣ не доказываютъ еще существованіе тяжелаго антисоціальнаго склада. Такіе скачки логики могутъ быть вызваны внушающимъ вліяніемъ среды, общей установкой по отношенію къ обществу и его органамъ. (ср. психическая установка цѣлыхъ народовъ по отношенію къ войнѣ).

И съ физической стороны много изъ этихъ дѣтей имѣютъ тѣ или иныя неправильности въ развитіи, „признаки вырожденія".

Изъ числа различныхъ типовъ а — и антисоціальныхъ (помимо описанныхъ въ другихъ мѣстахъ путаныхъ, неустойчивыхъ и лгуновъ, часто вступающихъ на путь преступленія) можно до нѣкоторой степени отграничить лишь одну группу; это тѣ, у которыхъ аффективное удареніе во всѣхъ представленіяхъ, затрагивающихъ благо и страданіе другихъ, или недостаточно развито (моральные имбецилики) или совершенно отсутствуетъ (моральные идіоты). Обѣ группы вмѣстѣ могутъ быть названы моральной олигофреніей[1]). Сочувствіе къ другимъ, инстинктивное ощущеніе правъ другихъ (а не своихъ) отсутствуетъ или недостаточно развито. При этомъ другія чувства могутъ быть или совсѣмъ не задѣты или задѣты лишь до извѣстной степени, ибо понятно что совершенно апатичные, „безчувственные", не могутъ стать опасными преступниками. Степень опасности очень колеблется въ зависимости отъ наличія дурныхъ инстинктовъ и живости аффектовъ.

До сихъ поръ я не видѣлъ ни одного случая моральной олигофреніи, гдѣ бы не удалось—хотя это не всегда легко дается—констатировать у ближайшихъ родныхъ, чаще всего у одного изъ родителей, похожаго по качеству дефекта. Моральные дефекты, обнаруживающіеся послѣ мозговыхъ травмъ или при легкой шизофреніи, носятъ совершенно другой характеръ.

До сихъ поръ, какъ это ни странно, имѣются еще люди, которые доктринерски утверждаютъ, что не бываетъ такихъ моральныхъ дефектовъ безъ одновременной умственной слабости, послѣдняя необ-

---

[1]) Именемъ insanity Richard назвалъ давно уже тѣ болѣзни, гдѣ поражалась „мораль" въ самомъ широкомъ смыслѣ этого англійскаго слова, т. е. случаи гдѣ имѣлись неправильные поступки при вполнѣ ясномъ мышленіи. Сюда относились, главнымъ образомъ, субманіи (folie raisonnante французовъ) навязчивые импульсы и т. д. Это названіе, перейдя въ нѣмецкую психіатрію, стало обозначать дефектъ моральнаго чувства. Какъ названіе, это такъ и соотвѣтствующее ему понятіе сильно дискредитированы вслѣдствіе частаго злоупотребленія ими въ практикѣ и въ теоріи. Все же безъ этого понятія нельзя обойтись въ психіатріи, такъ какъ оно обозначаетъ опредѣленную болѣзнь, однако требуется замѣнить названіе другимъ, съ этимъ всѣ согласны. Моральные идіоты образуютъ ядро „врожденныхъ преступниковъ" Ломброзо. Однако это понятіе не совсѣмъ точно отграничено и обнимаетъ также и другого рода преступныя натуры, такъ напр. вспыльчивыхъ, нескладныхъ, грубыхъ людей или людей съ эпилептоиднымъ характеромъ.

ходима якобы въ качествѣ основы, плохого развитія нравственности. Несомнѣнно, что у всякаго человѣка, а тѣмъ паче у имѣющаго какой либо дефектъ, можно найти и другія мелкія уклоненія отъ того, что считается нормой; однако эти ничтожныя данныя ничего не доказываютъ; столь же мало убѣдителенъ фактъ, что среди преступниковъ, которые попадаются въ руки правосудія, имѣется много дебильныхъ. Однако несомнѣнно, что уровень нравственнаго чувства не стоитъ ни въ какой связи съ высотой интеллекта, ибо мы видимъ случаи интеллектуальной олигофреніи съ хорошо развитой моралью и случаи моральной идіотіи, гдѣ не удается обнаружить ни болѣзнѐнной конституціи, ни душевной болѣзни, ни умственныхъ изъяновъ, которые могли бы это объяснить. Не нужно только ограничиваться изслѣдованіемъ лишь тѣхъ, кто попадаетъ въ тюрьму.

Кромѣ того Ломброзо развиваетъ нѣкоторыя странныя теоріи, вродѣ того напр., что „reonato" является своего рода скрытымъ эпилептикомъ, атавистичнымъ и похожимъ на ребенка. Однако лишь ничтожная часть врожденныхъ преступниковъ похожа, вообще говоря, на эпилептиковъ; про атавизмъ же у человѣка мы ничего не знаемъ и въ корнѣ неправильно смѣшивать убійцу съ примитивнымъ воиномъ или тенденцію вора съ направленіемъ ума человѣка здороваго, но живущаго въ обстановкѣ, которой свойственны другія представленія о собственности. Не вѣрно также, что врожденный преступникъ похожъ на ребенка; нормальный ребенокъ, какъ только онъ въ состояніи выражать свои чувства, проявляетъ альтруизмъ; онъ только не въ состояніи достаточно осмыслить сложное соотношеніе, такъ что въ нѣкоторыхъ случаяхъ аффективное удареніе отсутствуетъ тамъ, гдѣ оно играло бы рѣшающую роль у взрослаго, отдающаго себѣ отчетъ во всѣхъ обстоятельствахъ дѣла.

Не смотря на эти слабыя мѣста и на недостаточное критическое отношеніе, проявленное Ломброзо, нужно признать за нимъ великую заслугу, что онъ возбудилъ вопросъ, что нужно изслѣдовать и лѣчить преступника, а не лишь наказывать за преступленіе. Ему лишь мы обязаны тѣмъ, что, наконецъ, требованіе реформы совершенно неудовлетворительнаго уголовнаго законодательста получило всеобщее распространеніе, и что во многихъ мѣстахъ вступили уже на путь улучшенія.

G. Спорщики (Псевдосутяги).

Спорщики стоятъ на границѣ между обыкновенными любителями тяжебъ и паранояльными сутягами. Отъ первыхъ эти промежуточныя формы не отдѣляются ясными границами, отъ вторыхъ онѣ отличаются довольно опредѣленно тѣмъ, что онѣ доводятъ до неправильной оцѣнки обстановки, но не вызываютъ развитія настоящаго бреда. Затѣмъ онѣ отличаются также тѣмъ, что болѣзнь не прогрессируетъ, и что лишь темпераментъ вводитъ больного во всякіе споры, не имѣющіе, собственно говоря, преемственности, и отъ которыхъ больной можетъ отказаться, когда замѣчаетъ, что данный споръ безполезенъ или можетъ быть опасенъ. Важное и неважное разногласіе одинаково поглощаетъ больного цѣликомъ, ибо больные

слишкомъ впечатлительны и недостаточно чувствуютъ и понимаютъ права другихъ. Всѣ дѣйствія другихъ людей, идущія въ разрѣзъ съ ихъ требованіями, они воспринимаютъ, какъ козни, какъ личное оскорбленіе. Въ характерѣ этихъ больныхъ имѣется повышенное чувство собственной оцѣнки, „соединеніе впечатлительности, грубости и высокомѣрія“ (Kraepelin). Вообще ихъ дѣло кажется имъ всегда дѣломъ справедливости, и они считаютъ своимъ „долгомъ“ добиваться своего.

Умственныя способности больныхъ бываютъ различны: большей частью ихъ кругозоръ ограниченъ, на ряду съ этимъ имѣется извѣстная изворотливость и дѣятельность. Память, какъ у всѣхъ аффективныхъ людей, разстроена въ томъ смыслѣ, что воспоминаніе искажается въ направленіи, соотвѣтствующемъ чувству самооцѣнки больного.

„Развитіе“, поскольку можно говорить о таковомъ при этой болѣзни, бываетъ различно. Благодаря постояннымъ дрязгамъ съ сосѣдями, которые платятъ той же монетой, больные впадаютъ въ длительно раздраженное состояніе, изъ за чего ихъ аномалія кажется хуже, чѣмъ она на самомъ дѣлѣ. Переходъ въ болѣе благопріятную или вообще новую обстановку даетъ имъ на нѣкоторое время покой. Свою профессію они, конечно, большей частью, забрасываютъ. По причинамъ больше внѣшняго свойства мы имѣемъ здѣсь дѣло почти всегда съ мужчинами; женщины, имѣющія такой характеръ, изживаютъ его больше въ семейныхъ внутреннихъ дрязгахъ.

Теоретическое различіе отъ паранояльныхъ формъ Kraepelin очень мѣтко сравниваетъ съ той разницей, которая существуетъ между травматикомъ, въ которомъ одно единственное событіе надолго мѣняетъ душевную установку, такъ что онъ долженъ чувствовать себя больнымъ — и между ипохондрикомъ, который каждый день открываетъ у себя признаки новыхъ болѣзней.

Распознаваніе большей частью легко, трудно только дается отграниченіе отъ здоровыхъ людей. Часть относящихся сюда идей представляетъ ничто иное, какъ *хроническое маніакальное настроеніе*. Послѣднее характеризуется однако, между прочимъ, извѣстнымъ добродушіемъ, проходящимъ черезъ всѣ ссоры; иногда больные могутъ даже довольно мило отзываться о своихъ врагахъ и легко мирятся даже послѣ сильныхъ ссоръ.

Леченіе психопатическихъ личностей дѣло не совсѣмъ благодарное, ибо измѣнить ихъ мы, конечно, не можемъ; надо какъ нибудь съ ними примириться. Все же возбудимыхъ можно до извѣстной степени пріучить владѣть собой и профилактически избѣгать опасныхъ для нихъ ситуацій. И въ другихъ случаяхъ можно иногда при благопріятныхъ условіяхъ добиться сносныхъ результатовъ. Общихъ правилъ нѣтъ, такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ все зависитъ, какъ отъ особенностей самого больного, такъ и отъ характера обстановки. Само собой понятно, что незачѣмъ этихъ людей зря раздражать. Однако тѣмъ опредѣленнѣе нужно имъ показать, что терпимость по отношенію къ ихъ эксцессамъ имѣетъ опредѣленныя границы, нарушеніе которыхъ автоматически вызываетъ соотвѣтствующія мѣропріятія, при чемъ не по-

могутъ ни извиненія, ни отговорки. Въ мелочахъ лучше уступать больнымъ, хотя наоборотъ иногда въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нельзя провести перевоспитанія, бываетъ полезно начать съ мелочей, да и во всякомъ случаѣ непослѣдовательность мститъ за себя. И тутъ, какъ и всегда, особенно важно создать интересъ, цѣль, къ которой больной могъ бы стремиться, причемъ можно безъ стѣсненія использовать и въ извѣстномъ смыслѣ даже развивать нѣкоторыя качества характера, хотя и не очень похвальныя сами по себѣ, какъ напр. тщеславіе, гордость. Если больной проявляетъ безнадежную апатію къ полезному занятію, можетъ быть удастся заинтересовать его спортомъ, искусствомъ, научнымъ конькомъ или чѣмъ либо въ этомъ родѣ, хотя никогда не слѣдуетъ забрасывать настоящую работу. Перевоспитаніе обыкновенно не выполнимо въ той средѣ, въ которой больные выросли; ихъ нужно помѣстить куда нибудь въ другое мѣсто. Однако не много существуетъ такихъ людей, которые имѣли бы желаніе и умѣніе справиться съ такой задачей, какъ въ семьѣ, такъ и въ санаторіи, что, кстати говоря, только тогда не представляетъ опасности для другихъ больныхъ, если эти другіе лишены моральныхъ дефектовъ. Закрытыя заведенія могутъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ дать лучшіе результаты, чѣмъ открытыя; однако они еще слишкомъ мало используются. Часть моральныхъ идіотовъ попадаетъ въ сферу вліянія уголовнаго закона, однако, какъ больной, такъ и общество мало отъ этого выигрываютъ. При этомъ во многихъ случаяхъ, гдѣ можно было бы довольно недурно найти выходъ, правильное отношеніе къ больному тормозится взглядами, законами и учрежденіями. Во многихъ случаяхъ надо всетаки принять за правило дѣлать то, что необходимо или, что можетъ принести пользу и не давать увлечь себя чувствомъ досады, мести, слѣпой любви и безполезнаго состраданія.

XVII. Олигофреніи. (Задержки въ психическомъ развитіи).

Изученіе ассоціацій и памяти показало намъ, что мозгъ или психика настолько прочно фиксируютъ отдѣльныя переживанія[1]) и ихъ соединенія, что все воспринимаемое одновременно или другъ за другомъ образуетъ цѣльную сѣть воспоминаній, которая можетъ быть экфорирована, исходя изъ каждой отдѣльной энграммы. Извѣстныя категоріи одновременно пріобрѣтенныхъ энграммъ связаны такимъ образомъ между собой; другого рода ассоціативныя связи образуются также между новыми переживаніями, прежними переживаніями и энграммами, экфорированными благодаря имъ. И кромѣ того воспоминанія иногда комбинируются между собой въ памяти и мышленіи.

Образованіе энграммъ сравнительно мало подвергается колебаніямъ, большинство животныхъ обладаютъ памятью (принципіально,

---

[1]) Отдѣльное переживаніе: отъ самыхъ простыхъ ощущеній чувствъ (зеленый цвѣтъ, плоская форма, мѣстонахожденіе на растеніи и т. д. все, что обозначаетъ понятіе листа) вплоть до отдѣльныхъ дѣйствій, образующихъ въ своей совокупности сложную картину.

конечно, только по отношенію къ тѣмъ переживаніямъ, которыя они могутъ въ дальнѣйшемъ использовать), и идіоты также всѣ энграфируютъ. Однако развитіе ассоціативныхъ связей колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ—можно сказать отъ идіота и отъ животнаго до генія — ибо высота интеллекта зависитъ, главнымъ образомъ, отъ количества возможныхъ соединеній.

Итакъ, въ патологіи неправильно развитого мозга мы имѣемъ дѣло, такъ сказать, съ недостаткомъ связей [1]). Тамъ, гдѣ убожество послѣднихъ мѣшаетъ успѣшному развитію человѣка, мы говоримъ (въ зависимости отъ степени разстройства) объ идіотіи, имбецильности и дебильности, то есть о тѣхъ болѣзняхъ, которыя Kraepelin объединяетъ подъ именемъ олигофреніи. Употребляющееся параллельно выраженіе „задержки въ душевномъ развитіи" даетъ поводъ къ недоразумѣніямъ. Убожество возможныхъ ассоціативныхъ связей можетъ быть обусловлено самыми разнообразными мозговыми разстройствами; въ числѣ ихъ могутъ быть и тѣ, которыя мы подводимъ подъ понятіе задержекъ развитія (въ физіологическомъ смыслѣ), понятіе еще очень неясное и обнимающее совершенно разнородныя вещи. Чаще, однако, число ассоціативныхъ связей ограничивается на почвѣ другихъ разстройствъ, среди которыхъ наблюдается также внутри—и внѣутробныя болѣзни, задѣвающія мозгъ. Итакъ, конституціональное разстройство въ развитіи психики вовсе ужъ не представляетъ собой такого заурядного явленія у олигофрениковъ.

Въ психикѣ имѣется, напротивъ того, совершенно другой видъ развитія: пріобрѣтеніе опытнаго матеріала въ дѣтствѣ, безъ чего самый ґеніальный складъ остается безплоднымъ. Дѣтская психика образуетъ съ помощью ассоціативныхъ связей понятія и идеи изъ отдѣльныхъ энграммъ ощущеній. Этотъ процессъ собиранія и классификаціи опытнаго матеріала мы называемъ также „психическимъ развитіемъ". Ясно, что оно терпитъ ущербъ, если поражается воспринимающій органъ, въ этомъ смыслѣ можно всѣ олигофреніи считать задержками въ развитіи.

Однако, на ряду съ этимъ существуетъ болѣе или менѣе смутное предположеніе, что, подобно тому, какъ физическая сила растетъ послѣ рожденія, и развитіе психики въ смыслѣ ея склада не завершается у новорожденныхъ, но въ нормѣ прогрессируетъ въ теченіе всего дѣтства, а у олигофреника остается „стоять на мѣстѣ". Это представленіе (если не считать упражненій функцій) довольно еще неясно и въ нѣкоторыхъ частяхъ несомнѣнно невѣрно.

Въ области чисто умственной подобнаго рода развитіе еще нигдѣ не отмѣчено, напротивъ того ,мы знаемъ процессъ превращенія дѣтской неустойчивости чувствъ и непостоянства стремленій въ болѣе прочное чувство и увѣренную волю взрослаго. Въ нѣкоторыхъ довольно рѣдкихъ формахъ болѣзни, носящихъ названіе „инфантилизма", мы наблюдаемъ сохраненіе такого рода свойствъ. Однако взрослые люди съ инфантилизмомъ рѣзко отличаются отъ настоящихъ

---

[1]) Возможности для психическихъ связей должны находиться въ какой либо зависимости отъ количества анатомическихъ элементовъ въ мозгу, однако лучше не связывать вмѣстѣ процесса ассоціаціи и анатомическія „ассоціативныя системы".

дѣтей, да и само понятіе инфантилизма никоимъ образомъ нельзя считать законченнымъ: его часто смѣшиваютъ съ дебильностью, половыми извращеніями, когда цѣлью сексуальности вмѣсто полового акта становятся разнаго рода забавы, и съ недѣтскимъ стремленіемъ играть роль ребенка[1]).

Нѣкоторые авторы указываютъ, правда, безъ должныхъ основаній, на недостаточное умственное развитіе. Однако, когда имбециликъ останавливается на степени развитія 8-лѣтняго ребенка, эта „остановка" обусловливается по существу не тѣмъ, что онтогенетическое развитіе якобы дошло до этого пункта и на немъ остановилось, а тѣмъ, что способностей, имѣвшихся въ этомъ больномъ, хватило для пониманія предмета вплоть до той степени усложненія, какая соотвѣтствуетъ 8-лѣтнему школьнику. Совсѣмъ другое получается, если ребенокъ до того здоровый заболѣваетъ мозговой болѣзнью и не въ состояніи больше усваивать сложныхъ предметовъ, то есть какъ будто стоитъ на мѣстѣ. Однако въ этомъ случаѣ изъ ребенка, который былъ всегда умнымъ, сталъ на всегда глупый.

Олигофренія отличается отъ всѣхъ другихъ душевныхъ болѣзней тѣмъ, что вслѣдствіе недостаточнаго усвоенія опытнаго матеріала у нихъ въ дѣтствѣ образуются скудныя и ненадежныя представленія и понятія, а съ другой стороны и тѣмъ, что съ имѣющимся опытнымъ матеріаломъ они не въ состояніи достаточно оперировать вслѣдствіе того же наличія убожества въ ассоціативныхъ связяхъ.

Хотя при олигофреніяхъ мы имѣемъ дѣло, главнымъ образомъ, собственно съ разстройствомъ большого мозга, однако существеннымъ симптомомъ, стоящимъ на первомъ планѣ, остается все же ослабленіе интеллекта: это объясняется не только тѣмъ, что какъ разъ умственная слабость имѣетъ наибольшее значеніе, но также тѣмъ, что мозговыя аномаліи, о которыхъ идетъ рѣчь, представляютъ до извѣстной степени упрощеніе умственнаго аппарата, между тѣмъ, какъ другія функціи, какъ напр. инстинктъ и аффекты могутъ совершенно не быть заглушены или же могутъ отклоняться отъ нормы самымъ различнымъ образомъ, не представляя ничего типичнаго для имбецильности. Вообще аффекты, какъ напр. хорошое самочувствіе или гнѣвъ рѣшительно тѣ же, по крайней мѣрѣ, поскольку можно судить на основаніи нашихъ средствъ наблюденія, и у идіота и у животнаго и у генія, въ то время, какъ въ умственныхъ функціяхъ наблюдается колоссальное количественное различіе.

Олигофреніи обнимаютъ не только врожденное разстройство, но также разстройство, пріобрѣтенное въ раннемъ дѣтствѣ.

Это оправдывается несмотря на все разнообразіе этихъ болѣзней серіозными практическими соображеніями, хотя съ научной точки зрѣнія нельзя удовольствоваться такимъ суммарнымъ опредѣленіемъ. Ассоціаціонная слабость и наличіе болѣзни въ періодъ воспитанія придаютъ всей группѣ нѣкоторыя общія симптоматологическія черты, а тѣмъ болѣе общее практическое значеніе.

Олигофренія представляетъ отчасти лишь разновидность нормы, и даже тамъ, гдѣ слабоуміе обусловлено извѣстнымъ болѣзненнымъ процессомъ, оно можетъ всетаки носить мало замѣтный характеръ. Въ виду этого данная группа болѣзней не отграничивается точно отъ нормы, постепеннымъ переходомъ служитъ *дебильность*, *ограниченность* или *глупость*. Да и внутри этой группы имѣются лишь очень постепенные переходы въ области психики[2]). Болѣе глубокія степени называются *идіотіей*, болѣе легкія—*имбе-*

---

[1]) См. Hirschfeld, Сексуальная патологія. Weber, Bonn 1917, Стр. 29.

[2]) Совершенно другой характеръ носитъ этіолого-анатомическое дѣленіе, благодаря которому выдѣленъ цѣлый рядъ естественныхъ картинъ болѣзни.

цильностью: нѣкоторые авторы пытались установить отличительные признаки между этими двумя формами.

Эти критеріи не имѣютъ почти никакой цѣны уже по одному тому, что разныя области интеллекта могутъ у одного и того же больного стоять на очень различной высотѣ. Идіотами приходится считать тѣхъ, кто не умѣетъ говорить или не умѣетъ выполнять устнаго порученія или же, будучи совершенио безмысленнымъ, обнаруживаетъ въ области физической сильное уродство. Совершенно безполезно приписывать имбециламъ слѣдующее: „пониманіе чиселъ, обычно еле доходитъ до 10, хотя больной можетъ иногда механически считать до 100". Sollier, а также Ziehen видятъ неблагопріятное для имбециликовъ отличіе въ сферѣ нравственной. Однако это противорѣчитъ фактамъ. Имбецилики могутъ въ смыслѣ морали быть и на высотѣ, и дефективны, точно также идіоты могутъ быть и добродушны, и злобны. Различіе заключается лишь въ томъ, что болѣе легкія степени, то есть имбецилики, рѣдко приходятъ къ врачу и лишь разстройство въ области нравственныхъ или другихъ чувствъ приводятъ ихъ къ нему, между тѣмъ какъ идіоты требуютъ попеченія во всякомъ случаѣ.

Часто устанавливаютъ скалу имбецильности путемъ сравненія съ дѣтьми опредѣленнаго возраста. Употребляется, напр. выраженіе, что больной достигъ степени 8-лѣтняго ребенка. Опыты Binet и Simon [1]), дѣйствительно даютъ возможность установить видимость такого параллелизма. Однако, ребенокъ имѣетъ колоссальное преимущество въ сравненіи съ имбециломъ, а именно, онъ въ состояніи немедленно же усвоить дальнѣйшія данныя опыта; въ его распоряженіи имѣются пути къ дальнѣйшему пониманію, нужно лишь, чтобы опытъ ихъ использовалъ; съ другой стороны, имбециликъ имѣетъ преимущество, что его опытъ численно шире, онъ можетъ поэтому передвигаться во многихъ мѣстахъ (напр. совершить поѣздку, работу) тамъ, гдѣ ребенокъ еще безпомощенъ. Интеллектъ нормальнаго ребенка поэтому никогда не находится на одной ступени съ имбециликомъ. Извѣстныя усложненія мышленія ребенку еще недоступны вслѣдствіе отсутствія опыта, имбецилику же они недоступны вслѣдствіе отсутствія способностей суммировать болѣе сложныя данныя опыта [2]).

Kraepelin называетъ стремленіе проводить параллель между ребенкомъ и имбециликомъ очень характернымъ именемъ „родовое сравненіе". Всеже онъ предлагаетъ называть идіотами тѣхъ олигофрениковъ, которые совершенно не въ состояніи больше усваивать что либо въ школѣ, имбециликами тѣхъ, которые не могутъ итти дальше или которые остаются на степени окончившихъ школу и дебиликами тѣхъ, кто въ соотвѣтствіи съ этимъ масштабомъ отстаетъ въ дальнѣйшемъ развитіи.

Мы обычно выдѣляемъ тѣ же степени, но придерживаемся больше соціальной точки зрѣнія, которая кажется мнѣ болѣе важ-

---

[1]) Borbertag. Изслѣдованіе интеллекта по методу Binet и. Simon. Zeitschr. f. angew. Psychol. V. Продается также отдѣльно.

[2]) Сравниваютъ идіота также съ животнымъ и употребляютъ выраженіе „животное слабоуміе". Правда, животное и идіотъ оба имѣютъ гораздо меньше ассоціаціонныхъ путей, нежели нормальный человѣкъ, однако мозгъ животныхъ представляетъ болѣе простую машину, великолѣпно приспособленную для своей цѣли, между тѣмъ какъ мозгъ идіота это аппаратъ очень сложный, но не удовлетворяющій своему назначенію или испорченный, обладающій недостаточной способностью къ приспособленію.. Хронометръ можетъ быть плохо сдѣланъ или испорченъ, и всеже это не низводитъ его на степень песочныхъ часовъ.

ной и которая благодаря относительности въ описанiи нѣсколько лучше соотвѣтствуетъ фактамъ.

Мы считаемъ идiотiей низкiй уровень интеллекта, обусловливающiй полную соцiальную непригодность и считаемъ имбецильностью состоянiе, которое позволяетъ, до извѣстной степени, передвигаться въ человѣческомъ обществѣ и иногда даже совершать настоящую работу. Дебильный умъ даетъ возможность въ чрезвычайно простой обстановкѣ существовать самостоятельно, но немедленно терпитъ крушенiе, какъ только къ нему предъявляются даже среднiя требованiя. Дебильность представляетъ, такимъ образомъ, промежуточную форму между здоровьемъ и болѣзнью. Она имѣетъ поэтому небольшое медицинское, но очень большое судебно-медицинское значенiе.

Симптоматологiя. Идiотiю распознать очень просто. Леченiе тоже требуетъ больше призрѣнiя и воспитанiя, чѣмъ собственно медицинскаго вмѣшательства. Поэтому здѣсь можно отказаться отъ болѣе точнаго описанiя тяжелыхъ формъ. Нижеслѣдующiя изъ области психопатологiи соображенiя, главнымъ образомъ, имѣютъ въ виду имбецильность. Однако, если дефекты сильно увеличить, — ихъ можно отнести къ идiотiи, и если ослабить — къ дебильности.

Воспрiятiе и осмыщленiе мало разстраиваются отъ непосредственнаго уменьшенiя ассоцiацiи идей, однако осложненiя часто ведутъ къ тяжелымъ пораженiямъ. Мозговая болѣзнь, лежащая въ основѣ олигофренiи, очень часто связана съ растройствами чувствъ особенно слуха, что очень затрудняетъ или даже дѣлаетъ невозможнымъ не только воспрiятiе и осмышленiе, но и все душевное развитiе.

У олигофрениковъ, у которыхъ нѣтъ осложненiй въ видѣ заболѣванiй органовъ чувствъ, ощущенiя иногда нѣсколько притуплены, во всякомъ случаѣ воспрiятiе нѣсколько замедлено. Порогъ различiя лежитъ обыкновенно во всѣхъ областяхъ довольно высоко. Многiе больные не научаются различать перспективу или вообще картины (компасъ „это шаръ", песочные часы „бутылка"). Они не понимаютъ смысла изображенныхъ на картинѣ сценъ и воспринимаютъ однѣ лишь детали („мужчина держитъ другого за руку, лежитъ въ постели, дальше стоитъ монашка"), а не всю совокупность („врачъ у постели больного"). Отдѣльные больные вообще не могутъ научиться понимать картины.

Ассоцiацiя идей. Олигофреникъ не обладаетъ способностью образовать въ достаточномъ количествѣ ассоцiативныя связи и что—представляетъ явленiе совершенно другого порядка—располагать ими всѣми одновременно въ данный моментъ. Онъ мыслитъ больше не переработанными ощущенiями чувствъ и то лишь используетъ обыкновенное, часто случающееся и простое, требующее мало ассоцiацiй. Онъ плохо абстрагируетъ, то есть онъ образуетъ лишь простыя и не всегда вѣрныя отвлеченныя понятiя. Однако не правы тѣ, которые говорятъ, что онъ „совсѣмъ не" абстрагируетъ. Олигофреникъ лишенъ также нормальной способности разложить комплексы представленiй разъ образованные:

возможность „передать прежде пріобрѣтенное въ новомъ расположеніи“ (Hoche) ограничена.

Въ томъ, что игнорируются явленія не часто встрѣчающіяся и лучше используется все обыкновенное, можно усмотрѣть извѣстнаго рода недостаточность памяти. Она носитъ, однако, вторичный характеръ. Самъ дефектъ состоитъ собственно въ недостаткѣ ассоціацій, который иногда производитъ впечатлѣніе настоящаго дефекта памяти; такъ напр., если паукъ нѣсколько разъ подрядъ садится на одну и ту же головку гвоздя, то онъ дѣлаетъ это не потому, что онъ „забываетъ“, что головка гвоздя предметъ несъѣдобный, а лишь потому, что онъ не въ состояніи отличить данное черное пятно отъ другихъ черныхъ пятенъ, которыя обыкновенно бываютъ мухами. Чтобы имѣть возможность реагировать на головку гвоздя иначе, чѣмъ на мухъ, паукъ долженъ былъ бы воспринять ея особенности и ассоціировать это съ деталями обстановки, для того и для другого требуется много ассоціацій.

Число ассоціацій можетъ, однако, до извѣстной степени, быть компенсировано частотой опыта. Даже при относительно не большомъ количествѣ ассоціацій воспринятыхъ деталей головки гвоздя или отдѣльныхъ ощущеній изъ обстановки хватило бы для различенія, если бы ощущенія постоянно повторялись, то есть еслибы то та, то другая деталь все прочнѣе ассоціировалась бы со съѣдобностью; между тѣмъ животное болѣе богатое ассоціаціями при первомъ же опытѣ комбинируетъ все цѣлесообразнымъ образомъ. Выдѣленіе характерныхъ чертъ, абстракція тоже, какъ мы выше указали, облегчается болѣе частымъ повтореніемъ одного и того же переживанія, то есть при одинаковыхъ опытахъ наиболѣе важное получаетъ скорѣе особую силу отъ частаго повторенія. Въ виду этого болѣе обыкновенное чаще используется, даже если не имѣется на лицо облегченія памяти въ смыслѣ упражненія.

Другой примѣръ представляетъ олигофреникъ, который даетъ себя постоянно одурачивать однѣми и тѣми же или похожими апрѣльскими шутками. Онъ ассоціируетъ только шутку и не связываетъ новаго опыта съ представленіями критическаго дня; иногда онъ также не достаточно абстрагируетъ и не отличаетъ шутки отъ дѣйствительности. Однако, если одна и та же шутка проводится очень часто, то въ концѣ концовъ, всеже появляется ассоціація шутки съ обманомъ, и тогда слабоумный становится недовѣрчивымъ даже тамъ, гдѣ для этого нѣтъ основанія.

Итакъ, дѣйствіе памяти зависитъ отъ количества ассоціаціонныхъ связей безотносительно къ тому, что экфорированіе въ общемъ тѣмъ легче, чѣмъ большимъ количествомъ ассоціаціонныхъ путей располагаетъ процессъ экфорированія. Далѣе, чѣмъ бѣднѣе ассоціаціонныя связи, тѣмъ больше требуется повтореній для того, чтобы психика могла использовать посредствомъ памяти болѣе сложную ситуацію. Олигофреникъ, слѣдовательно, пускаетъ въ ходъ, главнымъ образомъ, повседневное происшествіе; болѣе рѣдкія онъ не въ состояніи использовать въ своихъ разсужденіяхъ.

Бѣдность ассоціацій потому затрудняетъ образованіе понятій, что оно требуетъ комбинаціи многихъ впечатлѣній чувствъ и притомъ нетолько относящихся къ настоящему, но и къ прошлому. Чѣмъ отвлеченнѣе понятіе, тѣмъ больше нужно комбинацій. Этимъ объясняется выпаденіе болѣе высокихъ абстракцій. Многія понятія образуются также не вѣрно, такъ какъ больной плохо отличаетъ существенное отъ не существеннаго, а между тѣмъ существеннымъ нужно считать либо то, что постоянно повторяется въ различныхъ впечатлѣніяхъ, которыя могутъ быть сведены въ единое понятіе, либо же то, съ чѣмъ связаны рѣшающіе выводы: понятіе (популярное) „листа“ держится на плоскомъ выростающимъ изъ растенія образованіи, остальныя качества могутъ мѣняться. Въ понятіи „яда“ связующимъ моментомъ является разрушительное дѣйствіе на жизнь въ случаѣ введенія въ организмъ. Кто не связываетъ между собой всѣ болѣе важныя впечатлѣнія отъ листьевъ

или отъ ядовъ, никогда не составитъ себѣ правильнаго понятія объ этихъ вещахъ. Впрочемъ, ребенокъ не выдѣляетъ самостоятельно значительную часть понятій, а получаетъ ихъ черезъ посредство рѣчи. Для этого ему нужно особенно много ассоціацій. Этимъ объясняются трудности, съ которыми перенимаются чужія понятія; этимъ же объясняется, что имбецилики исправляютъ свои неправильныя понятія, благодаря общенію съ другими людьми путемъ рѣчи. — Абстракція отодвигаетъ въ тоже время представленіе отъ простыхъ воспріятій чувствъ, а такъ какъ абстракція затруднена, то представленія имбецилика состоятъ больше изъ отдѣльныхъ картинъ изъ области соотвѣтствующихъ чувствъ, а не изъ переработки совокупности представленій.

Разложеніе комплекса представлеиій можетъ происходить въ положительномъ или отрицательномъ смыслѣ: единичное впечатлѣніе (напр. зеленый цвѣтъ въ понятіи „листъ") можетъ быть опущено (бываютъ зеленыя листья и листья другого цвѣта), или же оно можетъ быть выдѣлено въ качествѣ существеннаго признака (характерная форма всѣхъ дубовыхъ листьевъ, по которой узнаютъ каждый въ отдѣльности). Разложеніе обусловливается новыми впечатлѣніями. Если данный человѣкъ видитъ одни лишь зеленые листья, у него образуется прочная ассоціація формы листа и мѣстоположенія на растеніи съ зеленымъ цвѣтомъ. Онъ будетъ представлять себѣ лишь зеленыя листья. Допустимъ, что онъ потомъ видитъ красный листъ. Кто располагаетъ большимъ количествомъ ассоціацій, тотъ составитъ представленіе листа, исходя изъ формы и мѣстоположенія, но сначала у него будутъ два раздѣльныхъ комплекса представленій: въ одномъ участвуетъ зеленый цвѣтъ, въ другомъ красный. Второй (комплексъ), слѣдуя обычному закону, затормозитъ первый, поскольку онъ ему противорѣчитъ, то есть поскольку это касается привходящаго фактора „зеленый"; послѣдній, слѣдовательно, отрывается отъ комплекса, то есть подвергается „разложенію". Если же наоборотъ даный человѣкъ постоянно воспринимаетъ во многихъ дубовыхъ листьяхъ, не смотря на ихъ различную величину и окраску, одну и ту же форму, онъ для образованія комплекса понятій „дубовый листъ" выдѣлитъ форму, то есть разложитъ общее понятіе листа. Между тѣмъ имбециликъ не располагаетъ одновременно и въ одинаковой степени всѣмъ комплексомъ, состоящимъ изъ цвѣта, формы и мѣстоположенія, и склоненъ поэтому игнорировать (или же переоцѣнивать) отдѣльныя составныя части. Если одна какая нибудь, скажемъ, зеленый цвѣтъ, обратила на себя его особенное вниманіе, онъ уже краснаго листа не будетъ ассоціировать съ зеленымъ. Оба эти впечатлѣнія продолжаютъ стоять рядомъ, не вліяя другъ на друга. Онъ или будетъ игнорировать цвѣтъ, и тогда оба впечатлѣнія сливаются въ одно понятіе, или же у него въ сознаніи не будетъ мысли, что бываютъ листья зеленые и красные. Въ томъ и другомъ случаѣ комплексъ, какъ цѣлое, сохраняетъ устойчивость. Однако выдѣленіе отдѣльныхъ составныхъ частей изъ общаго комплекса ощущеній представляетъ такое же основное условіе для образованія понятій, какъ и ихъ сведеніе во едино. Этотъ процессъ выдѣленія представляетъ также существенный моментъ абстракціи и въ тоже время одно изъ основныхъ условій дѣятельности ума.

Трудность въ разложеніи комплекса и непониманіе того, что нужно считать существеннымъ, объясняетъ кажущееся противорѣчіе: съ одной стороны больные часто не въ состояніи ассоціировать отдѣльныя качества и вмѣстѣ съ тѣмъ часто цѣпляются за одно какое либо частное явленіе. Больной считаетъ всѣхъ мужчинъ съ желтыми пуговицами городовыми, ибо онъ не въ состояніи былъ образовать правильнаго понятія городового, а пуговицы произвели на него особенное впечатлѣніе, онъ ассоціируетъ только эти послѣднія. Съ другой стороны онъ не способенъ отличить буковый листъ отъ дубового, ибо онъ не въ состояніи изолировать отдѣльное качество, различную форму краевъ.

Экспериментальныя ассоціаціи олигофрениковъ настолько характерны, что ихъ можно использовать для діагноза. Однако болѣе точно онѣ изслѣдованы лишь въ торпидныхъ фор-

махъ [1]). Медленное теченіе психическихъ реакцій поддается измѣренію, такъ какъ время реакціи можетъ быть увеличено вдвое, даже, если больной относится къ эксперименту сознательно и безъ ступора. Недостаточная способность къ абстракціи обнаруживается въ томъ, что больнымъ очень трудно отвѣтить однимъ словомъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ они на это совершенно не способны. Въ жизни слова и понятія бываютъ связаны, и ихъ приходится искусственно изолировать. Послѣдняго торпидные олигофреники не въ состояніи сдѣлать, поэтому они вмѣсто изолированнаго понятія выражаютъ цѣлую идею (зажечь — пекарь зажигаетъ дрова). Кромѣ того они не воспринимаютъ реактивное слово, какъ изолированное понятіе, а считаютъ его, какъ бы вопросомъ: что ты знаешь о . . . ? или что означаетъ . . . ? Такъ какъ съ подобнымъ явленіемъ имъ приходилось сталкиваться лишь въ школѣ, они легко путаютъ новую обстановку со школой и часто отвѣчаютъ по правиламъ, примѣрамъ и фразамъ, которые они тамъ проходили, хотя это вовсе не подходитъ (зима — состоитъ изъ снѣга). Такъ какъ они не могутъ исходить изъ одного лишь слова и должны все соединять вмѣстѣ, у нихъ внутреннія ассоціаціи многочисленнѣе нежели у умственно развитыхъ людей. Въ смыслѣ содержанія мы имѣемъ, главнымъ образомъ, объясненія, а больше всего опредѣленія понятія, обозначеннаго реактивнымъ словомъ (лампа — для освѣщенія; тюрьма — состоитъ изъ камеръ, куда запираютъ безполезныхъ людей; голова — часть; война — когда двѣ страны ссорятся между собой). Объясненіе можетъ быть дано также и въ примѣрѣ: вѣнокъ — это бываетъ на гимнастическомъ праздникѣ; больной — я уже былъ боленъ; отецъ — онъ меня сбросилъ разъ съ лѣстницы.

Скудость представленій сказывается во многихъ повтореніяхъ, какъ содержанія, такъ и формы; больной ихъ часто примѣняетъ тамъ, гдѣ они совсѣмъ не умѣстны; затѣмъ реактивное слово просто замѣняется синонимомъ или нѣсколько видоизмѣняется (кошка — кошечка). Часто одно какое либо понятіе служитъ для множества отвѣтовъ; особенно слово „человѣкъ", которое у умственно развитыхъ людей представляетъ, какъ будто признакъ комплекса, тутъ часто прикрываетъ убожество мыслей (голова — человѣкъ; плавать — человѣкъ умѣетъ плавать). Олигофреники чаще, чѣмъ здоровые, не могутъ подыскать никакой ассоціаціи, особенно, если слова нѣсколько непривычны, такъ что отсутствіе реакціи не всегда указываетъ на эмоціональный ступоръ. Неопредѣленность и неясность понятій и выраженій часто проявляется очень рѣзкимъ образомъ (свадьба — для бесѣдъ; семья — гдѣ много дѣтей, бабушка — старая мать; сладко, когда у кого сахаръ есть; дерево — составная часть; звѣзда — часть неба). Иногда отмѣчается также слишкомъ большая близость представленій къ воспріятіямъ чувствъ (пѣніе состоитъ изъ нотъ и книгъ для пѣнія). Больные легко впадаютъ въ состояніе ошеломленія (эмоціональный ступоръ), что очень ясно обнаруживается многими чертами.

---

[1]) Wehrlin, объ асоціальныхъ имбециликахъ и идіотахъ. Дисс. Цюрихъ 1906. Кромѣ того Jung. Діагностическія изслѣдованія ассоціацій Leipzig. 1906 или Jung и Riklin. Діагностическія изслѣдованія ассоціацій. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 3, 1904.

Невозможно, конечно, описать цѣликомъ олигофреническое разстройство интеллекта, имѣющее къ тому же безконечно много разновидностей. Нижеприведенные примѣры иллюстрируютъ дефекты различныхъ главныхъ функцій.

Тенденція застрявать на воспріятіяхъ органовъ чувствъ о Христѣ больной знаетъ лишь то, что онъ видѣлъ на картинахъ! Кто былъ Вильгельмъ Телль? „Его представляли въ лѣсу, при этомъ были переодѣтыя женщины и дѣти" или же: „одинъ стоитъ въ Altdorf, а теперь еще одинъ въ Bürgleu". (Знаете ли вы кто были три Eidgenossen?) „О да, это три мужчины, которые подымаютъ руки и такъ вотъ разставляютъ пальцы". Отличіе между католиками и протестантами состоитъ въ томъ, что у католиковъ распятіе стоитъ на улицѣ. (Куда отвозятъ послѣ смерти?) „Возлѣ церкви на кладбищѣ у Seebach, тамъ поставлена новая церковь" (Что это такое? на картинкѣ нарисованъ ежъ). „Они не колются? Осенью одинъ такой былъ на нашей землѣ". Здоровые и въ обыкновенномъ мышленіи, большею частью, оперируютъ представленіями, переработанными, оторванными отъ воспріятій чувствъ. Для нихъ данный человѣкъ является обладателемъ грубаго характера, причемъ онъ совсѣмъ не думаетъ о томъ, откуда у него составилось такое представленіе; для имбецилика же это тотъ человѣкъ, который въ опредѣленномъ мѣстѣ поколотилъ его.

Невозможность отвязаться отъ повседневнаго: [какъ вы раздѣлите яблоко между тремя людьми? „Разрѣзаютъ на четыре куска, даютъ каждому по одному, а одинъ кусокъ остается". Ср. также примѣръ того извозчика, которому не приходитъ въ голову, что можно объѣхать камень слежащій на улицѣ и который вмѣсто того начинаетъ гнать лошадей см. выше въ главѣ: ассоціаціи олигофрениковъ].

Неправильное образованіе отвлеченныхъ понятій: „Гельвеція, это женщина, изображенная на монетахъ; она странствуетъ по Швейцаріи, чтобы убивать тѣхъ, которые противъ нее замышляютъ". „Свобода это, если не нужно итти въ школу". „Религія это, когда ходятъ въ церковь". Понятно, что такіе дефекты лучше всего обнаруживаются не въ тѣхъ опредѣленіяхъ, которыя вызваны вопросомъ, и здоровый не всегда въ такихъ случаяхъ отвѣчаетъ такъ, какъ хотѣлъ бы, а проявляются больше тогда, когда больной самъ примѣняетъ эти понятія. Больной говоритъ о справедливости, но понимаетъ подъ этимъ лишь заслуженное наказаніе и не включаетъ сюда заслуженной награды; онъ говоритъ о религіи и сюда же относитъ то, что онъ приходитъ во время къ обѣду. Въ Швейцаріи 24 (на самомъ дѣлѣ 22) кантона. Больной сюда причисляетъ два села, которыя ему хорошо знакомы. Такъ какъ онъ все же не можетъ перечислить всѣ 22, то онъ говоритъ: „тамъ есть еще много маленькихъ второстепенныхъ общинъ". Онъ путаетъ кантоны, города и общины, причемъ, собственно говоря—не ясно для него только понятіе кантона. Что такое село и община. больной, конечно, знаетъ.

Недостаточная способность къ абстракціи: больной научился производить счетъ посредствомъ палочекъ, но не въ состояніи рѣшить ту же задачу съ яйцами. Онъ пишетъ: „въ саду всегда прекрасная погода", онъ это связываетъ лишь съ представленіемъ о садѣ, въ которомъ онъ находится. Небольшой разсказецъ, напр. басню, которую ему дали прочесть, онъ передаетъ часто въ косвенной рѣчи, такъ какъ не можетъ отвязаться отъ представленія: „я читалъ, что...". Если путемъ вопроса выдѣлить изъ комплекса идей опредѣленную деталь, то больной часто совсѣмъ не въ состояніи дать какой либо отвѣтъ на вопросъ. Онъ долженъ опять повторить все вмѣстѣ, и при этомъ часто вопросъ все же остается безъ отвѣта. (Какъ это надъ Вами издѣвались?) „Именно потому, что я консерваторъ"... Затѣмъ слѣдуетъ опять все изложеніе взаимныхъ отношеній консерваторовъ и либераловъ.

Олигофреники одинаково не могутъ ни обнять умомъ большого комплекса идей, ни комбинировать данную идею на ново: больной умѣетъ считать, т. е. онъ правильно произноситъ числа по порядку, однако, несмотря на всѣ старанія, его нельзя довести до того, чтобъ онъ дѣйствительно сосчиталъ хоть свои пальцы. Одна больная Kraepelin'a научилась хорошо готовить въ большомъ хозяйствѣ, однако на новомъ мѣстѣ употребила

для трехъ-четырехъ лицъ столько же яицъ, какъ для цѣлой кухмистерской. Когда больные сталкиваются съ новой задачей или попадаютъ въ новую обстановку, многіе изъ нихъ совсѣмъ теряются (эмоціональный ступоръ).

Часто больные усваиваютъ всѣ детали разсказовъ, которыя они только слышали, напр. исторію Телля, но не въ состояніи безъ посторонней помощи повторить ихъ, такъ какъ не уяснили себѣ логической связи. Многіе при этомъ совершенно не вѣрно комбинируютъ: Моисей накормилъ на Масличной горѣ пять тысячъ человѣкъ. (Кто былъ Петръ?) „Онъ три раза кричалъ пѣтухомъ". Если больной обладаетъ болѣе живой фантазіей, можно часто наблюдать у него очень характерныя добавленія и передѣлки: Геслеръ перегородилъ улицу перекладиной, Телль долженъ былъ пройти подъ нею.—Христа убили необразованные люди.—Запретное дерево въ раю имѣло ядовитые плоды, и Адамъ былъ наказанъ за то, что не хотѣлъ итти къ этому дереву.

Глубокіе имбецилики не понимаютъ смысла клинической демонстраціи (ихъ сюда привели, чтобы „узнать у нихъ кое что").

Наряду съ большимъ легковѣріемъ больные вмѣстѣ съ тѣмъ съ большимъ трудомъ научаются чему либо. Лишь въ очень простыхъ вещахъ олигофреники способны обогатить свой умъ опытомъ, ибо они не понимаютъ, какъ разъ взаимной связи явленій и не соображаютъ, въ чемъ суть. Затѣмъ они не въ состояніи примѣнить результатъ одного опыта къ другому случаю, хотя бы и похожему. Больной потому еще трудно научается, что онъ не знаетъ предѣловъ своего пониманія и поэтому думаетъ, напримѣръ, что онъ знаетъ всѣ возможности.

Одной служанкѣ сказали, чтобы она свои сбереженія помѣстила въ кассу, гдѣ они будутъ приносить проценты, она это приняла за плохую шутку: какой дуракъ будетъ ей еще платить за то, что онъ долженъ хранить ея деньги. Одинъ Швейцарецъ считалъ слабоумной—и его никакъ нельзя было разувѣрить.— уроженку города Гамбурга за то, что она sp и st произносила не какъ schp и scht и также за то, что она употребляла слабое склоненіе тамъ, гдѣ по Швейцарскому діалекту нужно сильное.

Многіе изъ этихъ больныхъ вообще не въ состояніи понять, что отвѣтъ долженъ быть вѣрный [1]). Они отвѣчаютъ наобумъ, поддакиваютъ на все, чего не понимаютъ, и такъ дальше. Съ особеннымъ трудомъ даются опредѣленія тождества и различія. Болѣе тяжелые больные вообще плохо понимаютъ, когда ихъ спрашиваютъ о различіи (что больше? чего тебѣ больше хочется?). Многіе не въ состояніи представить себѣ какой либо случай теоретически (кто тебя будетъ кормить, если твоя мать умретъ? „Да вѣдь моя мать живетъ еще"). (Если ты купилъ у М. платье за 36 марокъ, сколько тебѣ дадутъ сдачи съ 50?) „Пятнадцать марокъ". На этомъ больной настаиваетъ, такъ какъ онъ разъ купилъ у М. платье за 35 м. и получилъ сдачи пятнадцать. Одна монета въ двѣ марки это меньше, чѣмъ одна марка и двѣ половины, ибо „нужно мѣнять и тогда получится гораздо меньше".

Оцѣнка и пониманіе вещей и соотношеній, конечно, не достаточна, при этомъ чѣмъ сложнѣе и необычнѣе предметъ, тѣмъ больше ошибокъ. Больному трудно опираться въ своихъ сужденіяхъ на прошлое и расчитать что либо на будущее. Исключенія составляютъ очень элементарныя комбинаціи (украсть — быть побитымъ). Болѣе высокихъ точекъ зрѣнія больной, конечно, не имѣетъ и не понимаетъ.

[1]) Подобно дѣтямъ въ первые годы жизни и примитивнымъ людямъ.

Нѣкоторые легкіе имбецилики еще кое какъ пробиваются въ профессіи и въ состояніи усвоить необходимыя практическія знанія. Мужикъ можетъ правильно производить полевыя работы, однако, онъ далеко не всегда понимаетъ, почему нужно такъ именно дѣлать. Умѣніе имбецилика выше, чѣмъ еге знаніе, въ отличіе отъ нормальнаго ребенка, гдѣ это соотношеніо носитъ обратный характеръ (Kraepelin). Во всякомъ случаѣ способность къ управленію, большею частью, не велика.

Hoche мѣтко перечисляетъ особенности ума имбециликовъ[1]): „мелочность, тенденція застревать на деталяхъ и на томъ, что доступно воспріятію чувствъ, непослѣдовательность и несамостоятельность въ образѣ жизни, переоцѣнка собственной персоны, болѣе сильное развитіе эгоистическихъ интересовъ, легковѣріе, недостаточная сопротивляемость по отношенію къ чужой волѣ и къ собственнымъ, иногда, ненормальнымъ импульсамъ и т. д.“



Рис. 43. Имбециликъ. Легкая степень микроцефаліи. Могъ повторять наизусть цѣлыя проповѣди, которыя онъ слышалъ только одинъ разъ. Несмотря на сильное оживленіе и многочисленныя складки, мимика очень упрощенная, грубая.

Нерѣдко наблюдается полное отсутствіе гармоніи въ складѣ интеллекта. Наблюдаются отдѣльные пробѣлы, не очень бросающіеся въ глаза или какія либо особенныя способности, напр. къ музыкѣ, къ математикѣ, къ наблюденію погоды, хорошія зрительныя воспріятія и воспроизведенія въ чертежахъ и рисункахъ и т. п. Одинъ имбециликъ еарисовалъ со всѣми деталями Страсбургскую ратушу, которую онъ много лѣтъ тому назадъ разъ видѣлъ.

Въ выраженіи своихъ мыслей имбециликъ, конечно, въ зависимости отъ степени своей болѣзни, проявляетъ безпомощность. Большинство идіотовъ не могутъ поладить съ самыми простыми правилами грамматики, а при болѣе глубокихъ степеняхъ идіотіи рѣчь вообще пропадаетъ. Нѣкоторые даже сравнительно болѣе

---

[1]) Binswanger und Siemerling, Учебникъ психіатріи. 3. изд. Fischer, Jena. 1911. Стр. 224.

умные не научаются говорить, хотя они слышатъ и понимаютъ (слухонѣмота). Имбецилики говорятъ обстоятельно (ибо не могутъ выдѣлить и опустить несущественное), предпочитаютъ заученныя фразы.

Оріентировка въ пространствѣ и времени все время хороша, поскольку больные способны усваивать подобныя соотношенія. Многіе изъ нихъ совершаютъ далекія странствія и не теряютъ дороги. Далеко не всѣ изъ этихъ больныхъ въ состояніи удовлетворительно опредѣлять время, все же большинство изъ тѣхъ, кто вообще умѣетъ считать имѣютъ нѣкоторое понятіе о томъ,



Рис. 44. Имбециликъ съ безмысленнымъ смѣхомъ. Хотя помимо смѣха лицо выражаетъ до извѣстной степени удивленіе и ожиданіе, однако, мимика чрезвычайно груба и несдержана. Она не отражаетъ никакой игры мыслей. Выраженіе лица діаметрально противоположно тому, что мы называемъ „одухотвореннымъ". Типъ петрушки.



Рис. 45, 45-лѣтняя пюргоцефалка. (Башеннообразный черепъ) эретическая идіотка, лишенная ясной рѣчи, однако, она въ состоянія сама о себѣ заботиться.

что такое часъ, день и годъ. Если предположить, что больной не различаетъ между днемъ и ночью, то нужно будетъ одновременно допустить, что онъ и въ другихъ отношеніяхъ настолько слабоуменъ, что съ нимъ вообще нельзя говорить.

Точно также бываетъ недостаточна оріентировка въ смыслѣ положенія, которое больные опредѣляютъ совершенно неправильно, а также въ смыслѣ значенія собственной персоны, которую больные легко переоцѣниваютъ. Напротивъ того, я считаю неправильнымъ утвержденіе, что наблюдаются олигофреники, которые еще не отдѣ-

лили своей личности отъ другихъ (когда они говорятъ про себя въ третьемъ лицѣ, это, какъ у дѣтей, обусловлено совершенно другими причинами).

Состоянiе аффективной сферы очень различно. Все, что мы видимъ у не олигофрениковъ, можетъ наблюдаться и тутъ. Однако, въ этихъ аберрацiяхъ типа мы гораздо чаще наблюдаемъ уклоненiя отъ средняго уровня и крайности. Принято дѣлить олигофрениковъ на тупыхъ (апатичныхъ) и возбужденныхъ (эретическихъ), причемъ первыхъ гораздо больше. Однако съ такимъ же основанiемъ можно признать существованiе среднихъ формъ. Тѣ два типа лишь больше бросаются въ глаза вслѣдствiе аномалiи аффективной сферы и скорѣе попадаютъ подъ наблюденiе. Вмѣстѣ съ тѣмъ нужно указать, что аффективная сфера производитъ впечатлѣнiе болѣе эретической, такъ какъ она менѣе сдерживается интеллектомъ. Наблюдающаяся нерѣдко неустойчивость, сообщающая многимъ олигофреникамъ дѣтскiй характеръ, можетъ быть обусловлена многими причинами. Каждая этiологическая форма предпочитаетъ свое опредѣленное состоянiе аффекта; такъ неосложненные кретины всѣ мало повортливы, но довольно добродушны; большинство микроцефаловъ очень живые и легко возбудимые люди; мозговые очаги предрасполагаютъ къ раздражительности и къ эндогеннымъ колебанiямъ настроенiя и т. д.

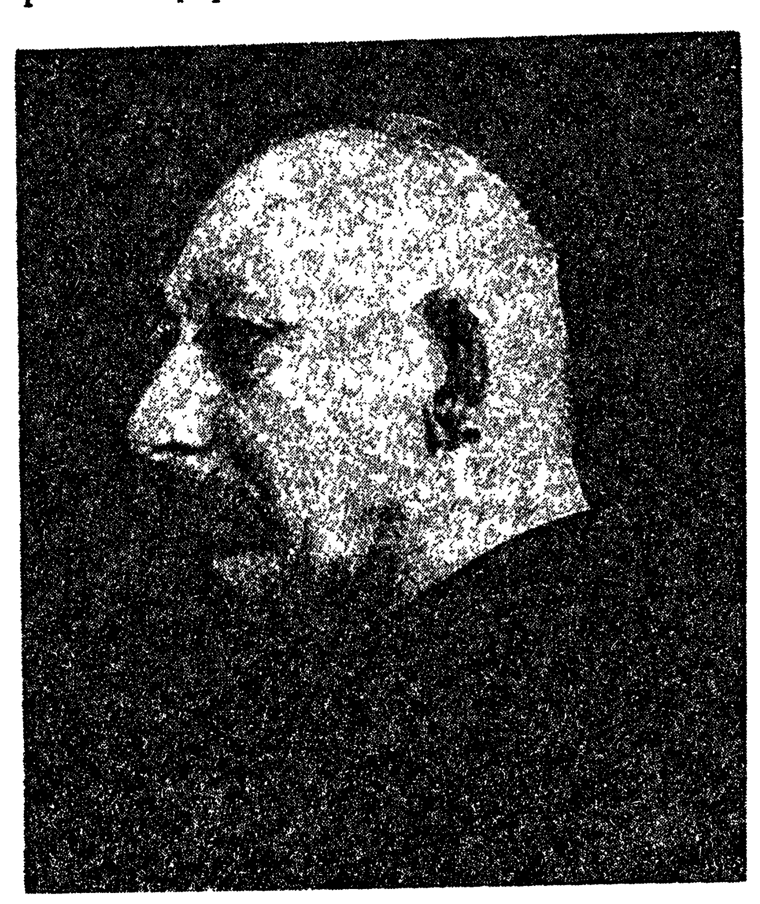


Рис. 46. Микроцефалъ средней степени.

Само собой понятно, что олигофреники не способны на болѣе тонкую нюансировку чувствъ, ибо послѣдняя представляетъ реакцiю на тончайшiе оттѣнки сложныхъ идей, которые недоступны больному.

Мимическое выраженiе лица уже по одному тому не развитое, какъ на плохомъ рисункѣ. Однако, тутъ играетъ роль также недостаточная двигательная координацiя. И въ тонѣ рѣчи лишь въ грубыхъ чертахъ выражаются оттѣнки аффекта.

Очень часто наблюдается, особенно у настоящихъ мозговыхъ больныхъ, колебанiя настроенiя внутренняго происхожденiя, мало

отличающіяся отъ эпилептическихъ. Иногда они протекаютъ съ головной болью и другими парэстезіями и даже съ легкой спутанностью. Точно также часто бываютъ колебанія настроенія по причинамъ внѣшняго свойства. Многіе попадаютъ къ врачу, вслѣдствіе приступовъ бѣшенства, которое представляетъ отчасти естественную реакцію на непонятое положеніе, отчасти черезмѣрное усиленіе реакціи на обыкновенное раздраженіе.

Вниманіе соотвѣтственно состоянію аффективной сферы очень различно, чаще всего, однако, оно нормально. У многихъ тяжелыхъ больныхъ наблюдается усиленная живость вниманія, которая лишаетъ ихъ возможности противостоять малѣйшему отвлеченію. Малѣйшій шорохъ, муха, попадающая въ ихъ поле зрѣнія, сейчасъ же ихъ отвлекаетъ. Понятно, что это страшно затрудняетъ ихъ воспитаніе или возможность какого либо полезнаго занятія. У нѣкоторыхъ кромѣ того вниманіе очень быстро утомляется.



Рис. 47. Высокая степень микроцефаліи. Больному 25 лѣтъ. Наибольшій объемъ головы 40 сант., ростъ 150 сант. Во время пребыванія въ заведеніи для идіотовъ боялся, сердился, марался, кричалъ, кусался, царапался. При лучшемъ обращеніи сталъ чистоплотнымъ эретическимъ идіотомъ. Понимаетъ обращаемые къ нему вопросы, можетъ выражать предложеніями простыя идеи, немного помогаетъ по хозяйству.

Какъ во всѣхъ аберраціяхъ, мы здѣсь видимъ большую неравномѣрность въ складѣ различныхъ чувствъ у одного и того же больного. Однако нельзя сказать, что опредѣленная категорія чувствъ особенно часто отсутствуетъ или развивается. Нравственное чувство сравнительно рѣдко терпитъ ущербъ, если учесть также тѣхъ олигофрениковъ, которые не приходятъ къ врачу. Понятно, что больные не могутъ ставить аффективное (въ смыслѣ моральнаго чувства) удареніе на болѣе сложныхъ понятіяхъ, такъ какъ послѣднія имъ недоступны. Привязанность, любовь и даже благодарность наблюдаются сплошь и рядомъ, хотя нужно сказать, что эти качества легко страдаютъ вслѣдствіе отсутствія кругозора. Вмѣстѣ съ тѣмъ, само собой понятно, что скудный интеллектъ ceteris paribus не въ состояніи какъ слѣдуетъ владѣть влеченіями и колебаніями аффекта. Кретины обычно спокойны и добродушны, но собственно говоря, не апатичны. По отношенію къ большинству олигофрениковъ устанавливается очень милое отношеніе, похожее на отношеніе родителей къ дѣтямъ.

Половое чувство и влеченіе большей частью имѣется на лицо. Значительная часть больныхъ онанируетъ. Полное отсутствіе половыхъ функцій наблюдается не рѣдко, больше всего при кретинизмѣ.

Память у олигофрениковъ колеблется, какъ и аффективная сфера, и можетъ быть совсѣмъ плохой и феноменально хорошей, причемъ, однако, чаще всего наблюдается средняя форма. Невѣрно, что вся категорія этихъ больныхъ обладаетъ плохой памятью. Зато понятно само собой, что у нихъ плохо удерживаются въ головѣ вещи, которыхъ они не понимаютъ и различія которыхъ они не могутъ осмыслить — въ чемъ они не отличаются отъ другихъ людей. Все же какъ разъ у имбециликовъ мы поразительно часто видимъ исключенія, когда больные хорошо помнятъ даже то, чего не поняли, разъ прослушавши проповѣдь повторяютъ ее буквально и хорошо передаютъ интонацію и т. п. Особенно хорошая частная память на числа, на зрительныя впечатлѣнія и т. п. часто соединяется, какъ и у не идіотовъ, съ спеціальными способностями въ данномъ направленіи. (Объясненіе кажущейся слабости памяти, вслѣдствіе недостаточнаго использованія опыта, см. въ отд. объ ассоціаціи идей).

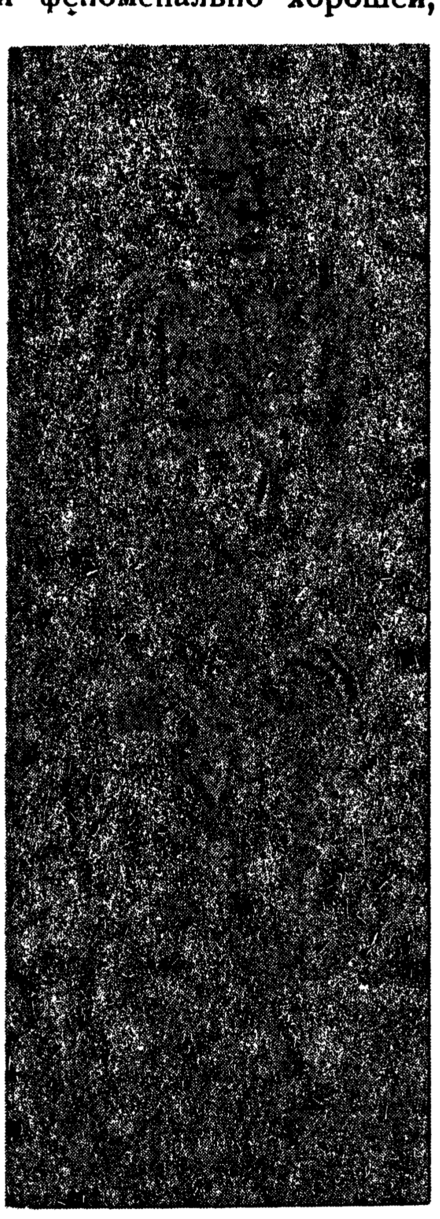


Рис. 48. Церебральный дѣтскій параличъ съ типическимъ положеніемъ атрофированной правой верхней конечности. Болѣе легкая атрофія на правой ногѣ.

Послѣ измѣненія настроенія, приступовъ спутанности и даже послѣ болѣе сильнаго возбужденія нерѣдко развивается полная или частичная амнезія.

Изъ душевныхъ добавочныхъ симптомовъ можно отмѣтить, собственно говоря, лишь возбужденіе и измѣненіе настроенія. Однако кромѣ того наблюдаются осложненія, которыя всеже часто связаны непосредственно съ болѣзнью. Это относится, главнымъ образомъ, къ эпилепсіи, кромѣ того наблюдаются всевозможныя психо- и невропатіи, особенно истериформныя явленія, далѣе бываетъ кататимическое образованіе бреда, имѣющее сходство съ неумной параноей, но протекающее часто съ галлюцинаціями и поддающееся иногда излеченію. Что касается шизофреніи, нерѣдко присоединяющейся въ этихъ случаяхъ, мы еще до сихъ поръ не знаемъ, не является ли она случайнымъ придаткомъ олигофреніи.

Физическіе симптомы. Чѣмъ тяжелѣе олигофренія, тѣмъ чаще и сильнѣе наблюдаемыя при ней физическія аномаліи. Идіоты лишь въ видѣ исключенія правильно развиваются. Часть разстройствъ непосредственно связана съ мозговой болѣзнью: гидро-макро-микроцефалія. На почвѣ мозговой и спинномозговой болѣзни конечности деформированы и парализованы. Другіе симптомы представляютъ сопутствующее явленіе мозговой болѣзни (кретинозный habitus, признаки врожденнаго сифилиса). Другіе симптомы зато имѣютъ нѣкоторую связь съ душевной болѣзнью и являются признаками общей плохой конституціи: уродства черепа вродѣ пирго-скафоцефаліи, всевозможные „признаки дегенераціи", малый и даже карликовый ростъ, уродства и плохое развитіе челюстей, глубокія горизонтальныя складки на лбу, хроническія кожныя болѣзни и т. д. Многіе не только остаются маленькими, но и вообще похожи на дѣтей по формѣ тѣла. Старымъ идіотамъ даютъ на видъ, большей частью, меньше лѣтъ, „они не старѣютъ".

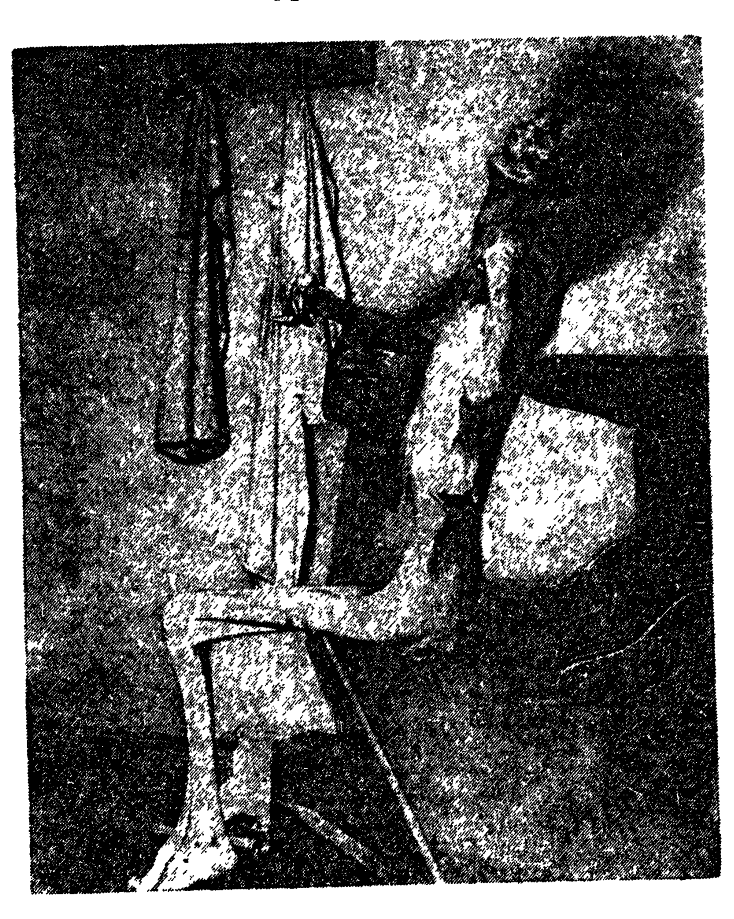


Рис. 49. Идіотка съ необычайнымъ недоразвитіемъ мускулатуры и туго натянутой кожей, такъ что напр. мѣшокъ соединительной оболочки на глазу отсутствовалъ. Ростъ около 120 сант. Внѣшній видъ въ жизни немногимъ отличался отъ нарисованнаго здѣсь трупа. Ни разу не достигла вѣса въ 20 кил. Кой какъ объяснялась словами. Возбужденія имбецильнаго характера при общемъ добродушномъ складѣ. Умѣла вязать. Умерла приблизительно 40 лѣтъ. Сестра (близнецъ) была точь въ точь такая же.

Движенія въ тяжелыхъ случаяхъ плохо координированы; рѣчь безпомощна, часто наблюдается лепетаніе, шепелявеніе, рѣже заиканіе. Отличіемъ между главными и второстепенными слогами часто недостаточно оттѣняется. Небная занавѣска плохо закрывается (носовой звукъ). Вообще можетъ наблюдаться разстройство въ усвоеніи и передачѣ тонкихъ оттѣнковъ рѣчи.

Походка идіотовъ, если они вообще могутъ ходить, неуклюжа, похожа на топотъ. Больные не научаются пускать въ ходъ въ спокойномъ положеніи лишь нужныя мышцы, они шатаются, слишкомъ сильно топчутъ, эластичность и грація отсутствуютъ. При страданіяхъ лабиринта присоединяется характерное разстройство. Нерѣдко наблюдается

мелкое, а особенно болѣе крупное дрожаніе, отчасти при движеніяхъ, отчасти въ состояніи покоя.

Сухожильные рефлексы, большей частью, всегда повышены.

Поведеніе. Болѣе тяжелые формы идіотіи совершенно безпомощны. Они сидятъ или лежатъ какъ маленькія дѣти, почти всегда они нечистоплотны. Глядя по темпераменту они либо играютъ, либо плохо ведутъ себя, кричатъ, бьютъ себя или какіе либо предметы изъ окружающей обстановки. У многихъ изъ этихъ идіотовъ, а также у менѣе тяжелыхъ наблюдаются опредѣленныя движенія: они качаются, шатаютъ головой, дѣлаютъ опредѣленныя движенія пальцами и такъ далѣе. Эти движенія часто бываютъ связаны съ опредѣленными звуками: ворчаніемъ, крикомъ или хрюканіемъ. Эретическіе идіоты, не поддающіеся воспитанію, представляютъ тяжелый крестъ, особенно, если они еще въ состояніи расхаживать. Они все трогаютъ, пачкаютъ, портятъ и по невниманію, и нарочно.



Рис. 50. Идіотка, играющая пальцами. Взрослая. Говорить не умѣетъ. Выраженіе лица нѣсколько озадаченное изъ-за фотографированія.

У стоящихъ не на столь низкой степени развитія замѣчается разстройство „осанки"; недостатокъ психической энергіи часто обнаруживается въ отвисающей челюсти, въ открытомъ ртѣ, изъ котораго часто течетъ слюна. И при средней степени имбецильности съ эретичными (къ счастью они не такъ часты) не очень легко справляться, такъ какъ они постоянно что то вытворяютъ, нарочно или не нарочно проказятъ, убѣгаютъ, стаскиваютъ, ссорятся. Не рѣдки также половыя преступленія (эксгибиціонизмъ, половыя посягательства вплоть до сладострастнаго убійства). Болѣе спокойныхъ можно держать какъ дѣтей, если только они чистоплотны и могутъ сами кушать.

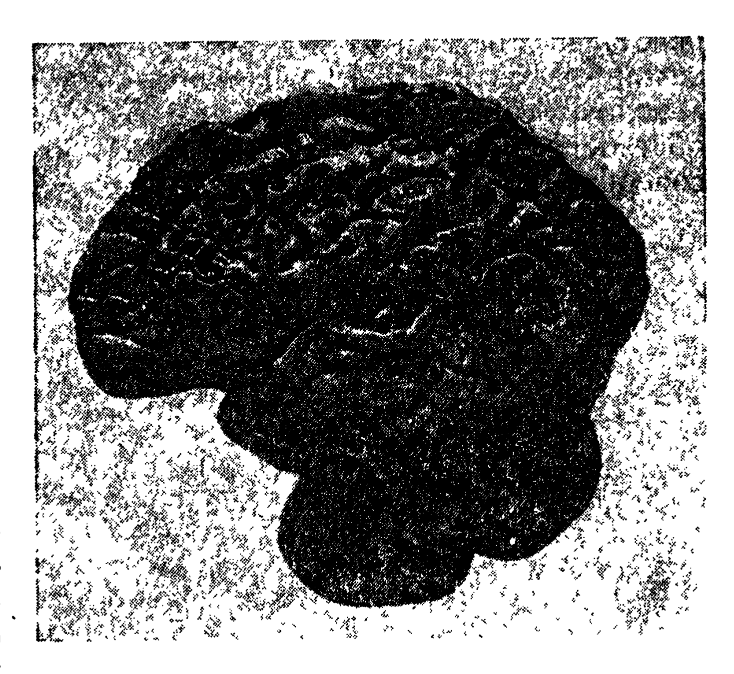


Рис. 51. Микрогирія одной стороны у легкаго имбециляка съ гемипарезомъ.

Во всѣхъ этихъ разнообразныхъ категоріяхъ обнаруживается характеръ пола, часто поразительнымъ и очень рѣзкимъ образомъ. Идіотки хотятъ обращать на себя вниманіе и измышляютъ для этого всякія увертки, царапаютъ себя для того, чтобы врачъ долженъ былъ ихъ лечить и т. п.; и наилучшія подруги ревнуютъ другъ друга. Мнѣ не рѣдко приходилось дергать больной зубы только потому, что я ту же операцію дѣлалъ ея подругѣ. Идіоты (мужчины) задираютъ, ссорятся даже съ тѣми, къ которымъ у нихъ нѣтъ никакой вражды.

Многіе во время игры, а также при работѣ, все больше увлекаются, не могутъ перестать и въ концѣ концовъ доводятъ себя, какъ дѣти, до сильнаго возбужденія.

Болѣе высоко стоящіе имбецилики уживаются при правильномъ воспитаніи, поскольку имъ не мѣшаютъ преступные инстинкты, въ семьѣ и обществѣ и могутъ хоть сколько нибудь быть полезными. При болѣе же благопріятныхъ условіяхъ, если они обладаютъ какими либо спеціальными особенностями, они могутъ иногда не дурно зарабатывать. Одинъ мой больной сдѣлалъ не дурную карьеру въ качествѣ „живописца пейзажей": онъ фабриковалъ въ одномъ курортѣ одинъ и тотъ же пейзажъ массами.

Многіе имбецилики имѣютъ потребность показать, что они не такъ глупы, т. е. у нихъ имѣется сильный „комплексъ ума", обусловленный не только недостаточнымъ самопознаніемъ, но также непосредственнымъ чувствомъ недостаточности, которое они, такимъ образомъ, компенсируютъ. Тщеславіе при этомъ не всегда проявляется. Многіе больные внѣшне очень скромны и не обращаютъ на себя вниманія. (Комплексъ ума въ видѣ переоцѣнки или чувства недостаточности наблюдается также у другихъ больныхъ и у здоровыхъ).

Имбецилики нерѣдко совершаютъ преступленія и совершаютъ ихъ не только трудные въ воспитательномъ отношеніи и морально-дефективные имбецилики, но и такіе, которые въ общемъ довольно добродушны; отсутствіе способности правильно учитывать обстановку приводитъ къ тому, что они по ничтожнѣйшему поводу совершаютъ убійства, а особенно поджигаютъ (о сексуальныхъ посягательствахъ сказано выше). Небольшое столкновеніе съ хозяйкой можетъ вызвать самоубійство; простое замѣчаніе за какой либо проступокъ можетъ заставить больного сдѣлать поджогъ. Одному имбецилику не понравилось, что его братъ и невѣстка бесѣдовали, стоя рядомъ другъ съ другомъ, на этомъ основаніи онъ взялъ и поджегъ домъ. Какимъ образомъ отсутствіе соображенія и пониманія обстановки приводитъ къ совершенію насильственныхъ актовъ, показываетъ примѣръ одного дебилика, который въ теченіе многихъ лѣтъ самостоятельно поддерживалъ свое существованіе. Однажды онъ пошелъ съ товарищемъ, имѣвшимъ право получать продукты изъ лавки по книжкѣ, и потребовалъ, чтобы отпустили по чужой книжкѣ для него лично колбасу и хлѣбъ. Товарищъ, конечно, не согласился на это; тогда больной устроилъ скандалъ и, когда ему пригрозили полиціей, онъ вышелъ и выбилъ оконное стекло. Дебилики особенно легко чувствуютъ себя въ неловкомъ положеніи и могутъ тогда совершать различныя преступленія.

Теченіе. Болѣе тяжелыя формы врожденной идіотіи обыкновенно очень рано распознаются: дѣти ничего не фиксируютъ, не ловятъ предметовъ, не смѣются и во всемъ, что называется душевнымъ развитіемъ, и даже въ физическомъ развитіи, сильно отстаютъ. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ олигофренія развивается лишь послѣ рожденія на почвѣ мозговой болѣзни (главнымъ образомъ энцефалитъ и менингитъ). Нѣкоторыя болѣе легкія формы обнаруживаютъ свою отсталость лишь въ школѣ, другія — въ періодъ ученичества, когда приходится примѣнять пріобрѣтенныя познанія, или еще позже при вступленіи въ самостоятельную жизнь или же на военной службѣ, гдѣ они обращаютъ на себя вниманіе не только тѣмъ, что ничего не могутъ усвоить, но также часто ступоромъ, неповиновеніемъ и дезертирствомъ.

Женщины легко становятся проститутками, мужчины алкоголиками, оба часто попадаютъ на улицу. Иногда болѣзнь становится явной, благодаря внезапному происшествію вродѣ смерти родителей, изъ за которой больной долженъ стать на собственныя ноги. Такую же роль могутъ сыграть новыя задачи, ставшія передъ больнымъ, перемѣна мѣста и новая обстановка, причемъ можетъ появиться ступоръ, страхи вплоть до спутанности съ бредовыми представленіями и даже галлюцинаціями.

Теченіе въ смыслѣ количественномъ бываетъ различно въ зависимости отъ основной болѣзни. Въ отдѣльныхъ случаяхъ больные лишь отстаютъ отъ другихъ дѣтей, но впослѣдствіи понемногу наверстываютъ. Другіе все ухудшаются на почвѣ полового созрѣванія, не говоря уже о выростающихъ въ этомъ періодѣ передъ больнымъ новыхъ задачахъ. И въ дальнѣйшемъ можетъ наступить внезапное или постепенное ухудшеніе, причина котораго намъ неизвѣстна. Повидимому, однако, мы имѣемъ дѣло съ медленно прогрессирующими дегенераціями мозга всевозможнаго рода. Жизненная сила олигофрениковъ, особенно идіотовъ, не велика. Въ среднемъ они не доживаютъ до старости. Они легко заболѣваютъ слишкомъ рано — я видѣлъ такіе случаи уже между 40 и 50 годами — рѣзко выраженной атрофіей мозга.

Причины олигофреніи можно подраздѣлить на слѣдующія категоріи:

I. Иногда мы имѣемъ передъ собой разнаго рода семейныя конституціи, которыя такимъ образомъ проявляются; раньше говорили, что олигофренія представляетъ конечное звено цѣпи прогрессирующаго вырожденія. Опредѣленіе это однако и туманно и недоказано.

II. Затѣмъ бываетъ пораженіе зародыша на почвѣ алкоголизма родителей (зачатіе въ состояніи опьяненія?), сифилиса и, пожалуй, другихъ болѣзней.

III. Общія болѣзни матери и ея тазовыхъ органовъ могутъ иногда, хотя правда рѣдко, вызвать различными путями уродство черепа и мозга.

IV. Общія и мозговыя болѣзни плода и ребенка съ травмами мозга включительно. Kraepelin допускаетъ, что олигофрени-

ческія картины болѣзни могутъ быть вызваны также шизофреническимъ процессомъ, который тоже можетъ начаться въ дѣтствѣ и въ любое время остановиться.

Нѣкоторое представленіе о спеціальныхъ болѣзняхъ можетъ дать нижеслѣдующій перечень названій (по Weygandt'у).

1. Психическіе дефекты въ юношескомъ возрастѣ, вслѣдствіе недостатковъ воспитанія.
2. Психическіе дефекты, вслѣдствіе недостатковъ органовъ чувствъ.
3. Умственная слабость, вслѣдствіе конституціональной задержки.
4. Идіотія на почвѣ воспалительныхъ мозговыхъ заболѣваній.
5. Идіотія на почвѣ воспаленія оболочекъ мозга.
6. Идіотія, вслѣдствіе водянки мозга.
7. Семейная амавротическая идіотія и родственныя страданія.
8. Туберозный гипертрофическій склерозъ.
9. Монголизмъ.
10. Инфантилизмъ:
    инфантилизмъ на почвѣ порока сердца;
    инфантилизмъ при интоксикаціяхъ и инфекціонныхъ заболѣваніяхъ.

11—16. Железистый инфантилизмъ.

11. Status thymico-lymphaticus и idiotia thymica.
12. Разстройства щитовидной железы (дистиреоидизмъ).
13. Дисгенитализмъ.
14. Разстройства придатка мозга (диспитуитаризмъ): акромегалія. Dystrophia adiposo-genitalis, карликовый ростъ на почвѣ разстройствъ придатка мозга, разстройства эпифизовъ.
15. Разстройства надпочечниковъ
16. Множественное заболѣваніе железъ (плюригландулярныя).
17. Сифилидогенные идіотія и инфантилизмъ.
18. Алкоголь и слабоуміе въ дѣтскомъ возрастѣ.
19. Атетозная идіотія.
20. Хорея и слабоуміе.
21. Спазмофилія и эпилепсія.
22. Идіотія и рахитъ.
23. Хрящевая дистрофія и слабоуміе.
24. Башнеобразный черепъ и слабоуміе.
25. Dementia praecox въ дѣтскомъ возрастѣ.
26. Dementia infantilis.
27. Маніакально-депрессивный психозъ въ дѣтскомъ возрастѣ.
28. Истерическая дегенерація и задержка развитія.
29. Неврастенія и дѣтское разстройство развитія.
30. Другія заболѣванія центральной нервной системы въ связи съ задержкой въ психическомъ развитіи.

Многія формы поражаютъ мальчиковъ больше, чѣмъ дѣвочекъ.

Особыя формы. Слабоуміемъ называются еще двѣ категоріи состояній, которыя не совсѣмъ согласуются съ нашимъ описаніемъ олигофреніи и скорѣе должны быть отнесены къ прирожденнымъ болѣзненнымъ состояніямъ или къ психопатическимъ личностямъ.

I. Больные съ неясными понятіями. Бываютъ случаи, которые вовсе не такъ бѣдны ассоціаціями и тѣмъ не менѣе образуютъ неясныя понятія. До сихъ поръ они не были описаны отдѣльно. Неясность, повидимому, связана съ недостаточной прочностью ассоціативнаго комплекса, такъ что данное понятіе или идея опредѣляется больнымъ то такъ, то эдакъ, причемъ больной не замѣчаетъ этой несогласованности. Большей частью это люди активной натуры, родственные маніакальному темпераменту, они обладаютъ порядочнымъ или даже очень большимъ воображеніемъ и очень непостоянны въ своихъ желаніяхъ и поступкахъ.

Примѣръ. Столяръ, имѣющій собственное дѣло. „Онъ рѣдко отвѣчаетъ на вопросы точно и прямо, даже тамъ, гдѣ это ему выгодно или гдѣ нѣтъ никакихъ основаній давать уклончивый отвѣтъ. Большей частью онъ отвѣчаетъ нѣчто другое, изъ чего приходится уже выводить отвѣтъ. Нѣкто X показалъ, какъ свидѣтель про больного, что тотъ курилъ во время работы; хотя больной въ этомъ сознался, однако считаетъ X клеветникомъ. Эта неопредѣленность является одной изъ причинъ, что больной абсолютно не способенъ оцѣнивать свое поведеніе, признать свои ошибки. Напримѣръ, я указалъ ему, какъ онъ былъ грубъ по отношенію къ своей женѣ; онъ до нѣкоторой степени призналъ это и всеже онъ рѣшается послѣ этого сказать, что онъ былъ хорошимъ мужемъ и что такого она уже не будетъ имѣть. Вообще онъ сейчасъ, какъ и въ прежнихъ больницахъ, все еще имѣетъ массу претензій и много „о себѣ воображаетъ".

Когда онъ былъ помѣщенъ въ больницу, онъ думалъ, что у него 25 тыс. фр. наличныхъ денегъ, а на самомъ дѣлѣ жена съ большимъ трудомъ спасла дѣло отъ конкурса. Больной утверждалъ, что очень легко пустить снова дѣло въ ходъ, но какъ это сдѣлать, онъ даже приблизительно не могъ сказать. Сейчасъ онъ опять говоритъ то же самое и пытается насъ увѣрить, что онъ велъ дѣло лучше, чѣмъ жена, а между тѣмъ раньше онъ самъ разъ констатировалъ, что опекунъ спасъ для него его дома.

Онъ даже не знаетъ, заложены его машины или нѣтъ, не знаетъ размѣра своихъ долговъ, подписываетъ векселя и не имѣетъ представленія, какъ онъ будетъ по нимъ платить, требуетъ у жены 8500 фр., но не въ состояніи точно обосновать свое требованіе; онъ затѣваетъ судебное дѣло, требуя отъ жены возвращенія дѣла, и не знаетъ, на какихъ правовыхъ данныхъ онъ можетъ обосновать свой искъ. Одинъ разъ онъ даже сказалъ, что ему вообще не нужно отбирать дѣла, оно и такъ ему принадлежитъ. Онъ затѣялъ цѣлую исторію по поводу счета изъ женской клиники и до сихъ поръ не понимаетъ всей нелѣпости своего поведенія. Онъ просто не хочетъ платить, такъ какъ былъ недоволенъ, что его жена пошла въ клинику, и при этомъ не соображаетъ, что причиняетъ непріятности не своей женѣ, а ни въ чемъ неповинной клиникѣ и прежде всего самому себѣ. Та же нелѣпость проявлялась и въ томъ, что онъ подговаривалъ рабочихъ дѣйствовать во вредъ своего собственнаго дѣла только для того лишь, чтобъ напакостить женѣ. Также нелѣпъ, хотя не столь серіозенъ, отказъ больного написать въ больницѣ свою біографію, дать себѣ мѣрить температуру. Хуже всего то, что даже теперь, когда прошло 4 года, онъ не въ состояніи отдать себѣ отчетъ въ нелѣпости своихъ тогдашнихъ поступковъ (ср. примѣръ знахаря въ гл. о разстройствѣ понятій и представленій).

Болѣе легкія степени этихъ, а также аналогичныхъ разстройствъ, называются со времени von Gudden'a **высшимъ слабоуміемъ,** а по Hoche „салоннымъ слабоуміемъ". Эти люди, которые, большей частью, усваиваютъ недурно, а иногда даже отлично, предметы въ школѣ и въ извѣстныхъ предѣлахъ способны также къ передачѣ, однако не справляются съ жизнью несмотря на большую активность. Въ противоположность обыкновеннымъ олигофреникамъ они много знаютъ, но ничего не умѣютъ. Обладая хорошей, хотя и не очень точной памятью и большимъ или меньшимъ даромъ рѣчи, они вводятъ часто въ заблужденіе многихъ учителей, они даже могутъ получить аттестатъ зрѣлости и сдать благополучно и высшіе экзамены. Главнымъ образомъ поражаетъ способность быстро примѣняться къ обстановкѣ, однако это носитъ чисто внѣшній характеръ. Въ извѣстныхъ отношеніяхъ они являются психологами по инстинкту и могутъ поэтому отлично „плѣнять" людей. Къ этой категоріи принадлежатъ нѣкоторые удачливые плуты. Однако, если точнѣе присмотрѣться къ ихъ устнымъ и печатнымъ произведеніямъ, можно тамъ обнаружить повтореніе чужихъ идей въ новомъ расположеніи и туманное ихъ развитіе. Одинъ молодой человѣкъ добился

степени приватъ-доцента, а когда ему пришлось по службѣ встрѣтиться съ дѣвушкой, которая внѣбрачно забеременѣла, онъ никакъ не могъ понять, какъ это возможно; пуповину онъ считалъ брюшнымъ плавникомъ плода. Другой держалъ политическія рѣчи, однако былъ глубочайшимъ образомъ убѣжденъ, что единственная цѣль центра „дурачить народъ". Третій былъ знахаремъ, писалъ безконечную массу брошюръ, имѣлъ громадные доходы и столько приверженцевъ, что они образовали союзъ со множествомъ отдѣленій для распространенія его откровеній; союзъ существовалъ много лѣтъ. Этотъ больной писалъ между прочимъ: „Прозрачность можно съ помощью познанія себя и свѣта произвести такимъ образомъ, что человѣка доводятъ до степени накаленной любви". Онъ требовалъ, чтобы человѣкъ сталъ прозрачнымъ и чтобы такимъ образомъ можно было видѣть его болѣзнь. Отъ жара тѣла, если и не дѣлаются прозрачными, то начинаютъ просвѣчивать, слѣдовательно того же можно добиться огнемъ любви. Все это можетъ служить образчикомъ туманныхъ понятій и логики такого рода людей.

II. Другую форму, въ которую высшее слабоуміе переходитъ безъ рѣзкихъ границъ, представляетъ относительное слабоуміе. Часто, хотя и не всегда, мы тутъ наблюдаемъ извѣстную неясность мышленія. Существеннымъ моментомъ, однако, является несоотвѣтствіе между стремленіемъ и пониманіемъ. Это люди, ума которыхъ хватаетъ для обыкновеннаго положенія въ жизни, иногда даже для нѣсколько болѣе труднаго; однако они слишкомъ активны и берутся за то, чего не могутъ понять, и поэтому дѣлаютъ много глупостей и терпятъ неудачи въ жизни [1]).

Психическій [2]) діагнозъ идіотіи понятенъ самъ собой. И въ большинствѣ случаевъ имбецильности діагнозъ легокъ, труднѣе дѣло становится лишь въ не рѣзко выраженныхъ формахъ и при дебильности.

Тѣмъ не менѣе не очень рѣзкіе случаи смѣшиваются иногда съ шизофреніей. Не говоря о комбинаціи обѣихъ болѣзней (Propfschizophrenie), нужно имѣть въ виду еще кататимическое образованіе бреда у олигофрениковъ, которое отличается отъ комбинаціи съ параноидомъ лишь тѣмъ, что въ немъ отсутствуютъ несомнѣнные признаки шизофреніи.

Похожія на стереотипію движенія многихъ идіотовъ нельзя смѣшать съ кататоническими стереотипіями тому, кто разъ видѣлъ эти обѣ формы. У идіотовъ эти движенія носятъ характеръ, если не заранѣе обдуманныхъ, то во всякомъ случаѣ произвольныхъ, въ родѣ, напр. болтанія ногами; при этомъ не получается впечатлѣнія, что эти движенія протекаютъ параллельно съ сознаніемъ, кромѣ того и по содержанію они болѣе элементарны и болѣе понятны.

Лепетаніе и другія разстройства рѣчи имбециликовъ нерѣдко смѣшиваются съ паралитической рѣчью. Однако при послѣдней всеже не такъ трудно замѣтить смазываніе словъ, спотыканіе на

[1]) Bleuler Относительное слабоуміе. Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. psychisch gerichtliche Medizin. Bd. 71, Reimer, Berlin 1914.

[2]) Діагнозъ лежащей въ основѣ мозговой болѣзни мы здѣсь опускаемъ.

слогахъ и усиленіе этихъ симптомовъ при нѣкоторыхъ координаторныхъ затрудненіяхъ. Въ противоположность этому мы рѣдко видимъ у олигофрениковъ застрѣваніе на отдѣльныхъ звукахъ, скорѣе они черезъ нихъ перескакиваютъ или ихъ проглатываютъ. Затѣмъ часто замѣчается отсутствіе органической связи между слѣдующими другъ за другомъ звуками: больные, какъ будто, начинаютъ учиться чужому языку.

Въ раннемъ дѣтствѣ можно легко распознать идіотовъ по одной лишь психикѣ: дѣти, которыя не смѣются, не хватаютъ блестящихъ предметовъ, вообще недостаточно реагируютъ, это идіоты. Въ тяжелыхъ случаяхъ уродства головы даже не врачи часто узнаютъ болѣзнь.

И пріобрѣтенное слабоуміе можетъ въ извѣстныхъ отношеніяхъ разрушить мышленіе внѣшнимъ образомъ такъ же, какъ олигофренія. Поэтому однимъ изъ важнѣйшихъ средствъ для отличія является констатированіе того факта, что уже въ юности замѣчалось недостаточное усвоеніе представленій и знаній. Если имѣются на лицо опредѣленная школьная подготовка и полная сохранность воспринимающихъ органовъ чувствъ, то можно на основаніи обнаруженныхъ у больного знаній дѣлать выводы о состояніи интеллекта во время пріобрѣтенія послѣднихъ, то есть о томъ, насколько сложный матеріалъ больной могъ во время школьнаго періода воспринять, понять и переработать. Не нужно однако забывать (что многіе часто дѣлали), что изслѣдованіе знаній не есть изслѣдованіе интеллекта, а лишь матеріалъ для этого. Ни шизофреникъ, ни органикъ, ни эпилептикъ, если онъ находится въ стадіи, когда его еще можно изслѣдовать, не теряетъ сложныхъ и очень отвлеченныхъ понятій, которыя онъ раньше пріобрѣлъ. Отсутствіе такого пріобрѣтеннаго матеріала можетъ доказать наличіе олигофреніи. Нужно однако обладать въ этомъ смыслѣ опытомъ и знать, чего можно ждать отъ средняго человѣка въ разныхъ кругахъ общества. Особенно не слѣдуетъ забывать, что можно быть въ одной области выше и одновременно въ другой области ниже средняго.

Въ обоихъ случаяхъ нужно принять во вниманіе интересъ и вниманіе, проявленное къ ученію. Можно отстать въ школѣ не только вслѣдствіе недостаточности интеллекта, но и вслѣдствіе недостаточнаго вниманія и нежеланія напрягаться. Въ жизни люди, у которыхъ имѣется потребность добиваться сути вещей, могутъ при одинаково не высокомъ умѣ знать гораздо больше, чѣмъ тѣ, которые въ этомъ смыслѣ равнодушны. Затѣмъ у больного можетъ быть экзаменаціонный ступоръ, онъ можетъ случайно не быть знакомымъ съ данной спеціальной областью, онъ можетъ быть слегка негативистиченъ, можетъ, какъ это часто бываетъ у подслѣдственныхъ, обнаруживать злую волю, хочетъ прикинуться дуракомъ, и кромѣ того онъ можетъ, какъ разъ наоборотъ, отлично продѣлать всѣ пробы изслѣдованія и не выдержать единственнаго настоящаго испытанія — испытанія жизни. Послѣднее можетъ быть обусловлено разными причинами: слабоуміе больного лежитъ, можетъ быть, больше

въ области аффективной или волевой, или у больного какъ разъ не великъ интересъ къ практическимъ идеямъ, или его влеченія ставятъ ему такія задачи и приводятъ его къ такимъ ситуаціямъ, съ которыми не справится и хорошій интеллектъ. То же наблюдается и при шизофреніи, когда больной иногда съ легкостью извлекаетъ кубическій корень и отлично понимаетъ всю эту процедуру и въ тоже время не въ состояніи правильно одѣть новое платье.

Дебиликъ отличается отъ слабо одареннаго здороваго человѣка „не размѣрами своего знанія, а предѣлами своего умѣнія, способностью самостоятельно примѣнять свои знанія. Не интеллектъ самъ по себѣ играетъ роль, но тотъ интеллектъ, который долженъ быть руководителемъ всей жизни и лишь въ послѣднемъ смыслѣ дебиликъ по необходимости дефективенъ“ [1]).

Въ виду этого во всѣхъ болѣе трудныхъ случаяхъ наибольшее значеніе имѣетъ анамнезъ, который нужно особенно тщательно собрать.

У имбециликовъ, болѣе низко стоящихъ, можно для нѣкоторыхъ цѣлей примѣнить не безъ успѣха пробы Binet. Можно также давать заканчивать начатыя предложенія, дополнять текстъ съ пробѣлами по Ebbinghaus'у, объяснять картинки, пословицы, пересказывать и объяснять басни [2]). Эти пробы примѣнимы лишь, если принять во вниманіе всѣ обстоятельства дѣла. Какъ разъ начинающій врядъ ли можетъ обладать точной перспективой во всѣхъ этихъ вопросахъ, и поэтому я настойчиво предостерегаю отъ недостаточно осторожной оцѣнки подобныхъ изслѣдованій. Очень часто гораздо важнѣе не то, что больной отвѣчаетъ, а то, какъ больной отвѣвѣчаетъ. Изслѣдованіе посредствомъ вышеуказанныхъ пробъ даетъ хорошія данныя, которыя иногда могутъ, но вовсе не должны, характеризовать состояніе интеллекта.

Однако во всѣхъ болѣе легкихъ случаяхъ всѣ эти вещи играютъ второстепенную роль. Больной можетъ великолѣпно выдержать всѣ эти теоретическія испытанія и можетъ быть совершенно не способенъ самостоятельно заниматься своими дѣлами. Недостаточно въ этихъ случаяхъ изслѣдовать теоретически и актуально, насколько онъ разбирается въ своихъ дѣлахъ, а нужно прежде всего тщательно перебрать все его прошлое и выяснить, какъ онъ держался. Единственный надежный пробный камень это, собственно говоря, сама жизнь.

Все, что тутъ сказано о теоретическомъ изслѣдованіи, приходится считать лишь примѣрами и указаніями на то, какъ нужно держать себя въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Невозможно заранѣе предсказать, что подлежитъ изслѣдованію въ каждомъ данномъ случаѣ. Въ сущности говоря не такъ ужъ важно о чемъ говорить съ больнымъ, какъ важно то, какъ его наблюдать и какіе изъ этого дѣлать выводы. Тутъ больше, чѣмъ гдѣ бы то ни было, врачъ долженъ полагаться на собственный здравый смыслъ и глядя по случаю

---

[1]) Wagner v. Jauregg, экспертиза. Wien, klin. Wochenschr. 1913, 26 Стр. 1947.

[2]) Подробности см. напр. у Ziehen. Душевныя болѣзни дѣтскаго возраста. Reuther и Reichardt, Berlin 1915.

вставлять однѣ пробы и опускать другія. Важнѣе всего оцѣнка наблюденій и добытыхъ результатовъ. Не смотря на существованіе всяческихъ правилъ, нужно признать, что изслѣдованіе интеллекта представляетъ собой испытаніе интеллекта врача столько же, сколько и больного.

Все сказанное здѣсь относится лишь къ первоначальному уровню интеллекта; нелѣпо думать, что можно исключить формы пріобрѣтеннаго слабоумія, особенно dementia praecox, путемъ „изслѣдованія интеллекта", подъ которымъ обычно понимаютъ сдѣланную на скорую руку провѣрку школьныхъ знаній или самое большее житейскихъ знаній; ставить такимъ образомъ діагнозъ не практично.

Ходъ изслѣдованія интеллекта. Прежде всего нужно постараться установить контактъ съ больнымъ, чтобы предотвратить экзаменаціонный ступоръ или негативистическую установку; нужно поэтому придать разговору не принужденный характеръ путемъ, скажемъ, вопросовъ о самочувствіи, снѣ и общемъ положеніи больного. Глядя по реакціи больного, нужно потомъ выбрать ту область, въ которой больной особенно склоненъ разговориться. Нужно обращать вниманіе также и на полъ; отъ женщинъ нужно въ общемъ ждать больше практическихъ и психологическихъ знаній, чѣмъ теоретическихъ. Особенно не слѣдуетъ къ нимъ предъявлять слишкомъ большихъ требованій въ смыслѣ географіи и геометрическихъ понятій.

Испытуемаго заставляютъ, напр., разсказать про семью, что отецъ дѣлаетъ и т. п. Затѣмъ можно перейти на школьныя знанія: спрашиваютъ, какъ шло дѣло въ школѣ, какіе предметы ему больше всего нравились и т. д.; при этомъ можно узнать, не остался ли онъ гдѣ сидѣть на второй годъ, если онъ отвѣчаетъ по исторіи, то важно не то, сколько онъ знаетъ, а какъ онъ это переработалъ, передаетъ ли онъ особенно детали въ заученныхъ наизусть фразахъ, самостоятельно ли онъ сопоставляетъ и оцѣниваетъ все, или же его оцѣнка заключаетъ въ себѣ лишь ходячія представленія и т. п. Какъ разъ тутъ можно часто хорошо замѣтить, насколько больной способенъ выдѣлять существенное, насколько точно онъ усваиваетъ. Нужно отмѣтить также, многословенъ ли больной, или онъ въ состояніи сжато формулировать. Застреваніе на деталяхъ, на воспріятіяхъ органовъ чувствъ въ связи съ другими симптомами, а также пропускъ логическихъ промежуточныхъ звеньевъ, не замѣченный больнымъ, доказываетъ наличіе имбецильности. Для отличія между повтореніемъ заученныхъ фразъ и осмысленной переработкой особенно пригодна библейская исторія и простая догматика („почему Христосъ умеръ"). По отношенію къ географіи характерно, что многіе олигофреники хорошо оріентируются въ окружающихъ ихъ условіяхъ, поскольку они въ жизни съ ними познакомились и вмѣстѣ съ тѣмъ начинаютъ путать и ничего не знаютъ, какъ только имъ задаютъ вопросы, требующіе теоретической подготовки. Нужно имѣть въ виду, что не у всѣхъ здоровыхъ можно предположить наличіе даже элементарныхъ свѣдѣній космической географіи: откуда происходитъ день и ночь, затменіе и т. п. Тѣмъ не менѣе и тутъ отвѣты хорошо характеризуютъ или осмысленное пониманіе, или олигофренію. При изслѣдо-

ванiи умѣнiя считать мы часто видимъ, что больной способенъ недурно справляться со счетомъ въ практической жизни, въ ходячихъ примѣрахъ купли—продажи, при игрѣ въ карты и совершенно не въ состоянiи рѣшить теоретическихъ задачъ. Рѣже бываетъ наоборотъ: больной повторяетъ лишь то, чему научился въ школѣ, и въ заученныхъ выраженiяхъ и не въ состоянiи примѣнить этого къ жизни. Этого рода больные кажутся какъ будто болѣе умными но въ жизни они наиболѣе безпомощны. При изслѣдованiи математики нужно какъ всегда начать съ болѣе легкихъ задачъ и переходить къ болѣе труднымъ (счетъ денегъ, сложенiе, вычитанiе и только лишь потомъ умноженiе. Таблица умноженiя обыкновенно дѣло памяти, а не пониманiя. Нѣкоторые имбецилики не въ состоянiи сказать, сколько будетъ $2+2$, но знаютъ напр. сколько будетъ 2×2 и 14×14. Затѣмъ переходятъ къ дѣленiю, а въ концѣ къ дробямъ).

Вслѣдъ за этимъ нужно дать испытуемому прочесть что либо не сложное (напр. одну изъ басенъ приведенныхъ въ гл. объ изслѣдованiи душевныхъ больныхъ) Отъ психозовъ, прiобрѣтенныхъ позже, олигофреники, большей частью, легко отличаются тѣмъ, что они читаютъ по ученически и съ трудомъ преодолѣваютъ болѣе сложныя или болѣе рѣдкiя слова и т. д. Воспроизведенiе содержанiя не такъ легко поддается оцѣнкѣ, такъ какъ тутъ играетъ роль также разстройство вниманiя: вѣдь и здоровый, если онъ очень взволнованъ, можетъ читать цѣлыя страницы и ничего не усваивать.

Довольно скоро удается настолько разобраться, чтобы не предлагать зря вопросовъ, которые для даннаго случая или слишкомъ легки, или слишкомъ трудны. Однако, чтобы возможно точно опредѣлить высоту и качество ума, нужно, между прочимъ, предложить и такiе вопросы, которые кажутся нѣсколько болѣе трудными. Вслѣдствiе этого насъ иногда упрекаютъ въ томъ, что мы задаемъ больнымъ вопросы, на которые и здоровый не въ состоянiи отвѣтить, и что, когда больной не знаетъ отвѣта, мы неправильно считаемъ его слабоумнымъ. Однако эти вопросы — не говоря уже о необходимости опредѣленiя границъ—необходимы еще и потому, что наши выводы основаны не на томъ, знаетъ или не знаетъ больной данную вещь, а на томъ, **как ъ** онъ отвѣчаетъ: замѣчаетъ ли онъ самъ, что онъ этого вопроса не понимаетъ? Какъ онъ замаскировываетъ свое незнанiе? Какъ онъ выпутывается изъ положенiя? Въ нетяжелыхъ случаяхъ имбецильности такiя наблюденiя легче даютъ возможность опредѣлить высоту умственнаго развитiя, нежели прямые вопросы. Особенно легко такимъ путемъ выдѣлить больныхъ съ неясными представленiями. Вообще не такъ важно, какiе *задавать вопросы*, какъ важно, какiе *дѣлать выводы*.

По возможности нужно еще до устнаго изслѣдованiя заставить больного написать свое *жизнеописанiе*. На основанiи послѣдняго можно сразу опредѣлить степень образованiя, а также пониманiе жизни, богатство ассоцiацiй и многое другое. Манера писать часто бываетъ характерна для олигофренiи по безпомощно выведеннымъ буквамъ, грамматикѣ и содержанiю. Вслѣдъ за этимъ больному показываютъ простыя картинки, причемъ нужно отмѣтить, различаетъ ли онъ повседневныя вещи отъ болѣе рѣдкихъ или такихъ, которыя извѣстны лишь по описанiю (животныя чужихъ странъ,

растенія и т. д.). Послѣ этого переходятъ къ картинкамъ, представляющимъ какую либо ситуацію, и выясняютъ, понялъ ли больной лишь детали или общій смыслъ.

Если веденное такимъ образомъ изслѣдованіе въ видѣ исключенія не выяснило еще способности къ абстракціи, то есть если не выяснено, способенъ ли больной образовывать отвлеченныя понятія и ими оперировать, тогда нужно попробовать непосредственно побесѣдовать объ отвлеченныхъ вещахъ (работа, сонъ, прыжокъ, воспоминаніе, взглядъ, бѣдность, радость, міръ, красота, храбрость, государство, спасеніе), однако при этомъ нужно быть очень осторожнымъ, и здоровый не всегда съ легкостью отвѣтить какъ слѣдуетъ на вопросы, требующіе опредѣленія понятій.

Далѣе завязываютъ съ больнымъ разговоръ о житейскихъ вещахъ, какъ онъ относится къ своему положенію или къ своему преступленію, знаетъ ли онъ, откуда приходитъ сырье, съ которымъ онъ работаетъ, понимаетъ ли онъ значеніе отдѣльныхъ пріемовъ и т. д., и почему онъ тутъ или тамъ бросилъ работу? Что онъ думаетъ сейчасъ предпринять? Какъ онъ думаетъ выпутаться изъ этой грязной исторіи?

Цѣнныя данныя, а зачастую и самую діагностику, можетъ дать ассоціаціонный экспериментъ.

Главнымъ образомъ нужно остерегаться, чтобы не спутать бойкость отвѣтовъ или обезьянье повтореніе заученныхъ фразъ съ настоящимъ знаніемъ и пониманіемъ. Затѣмъ нужно обращать вниманіе на ясность представленій, особенно у людей, одаренныхъ даромъ рѣчи. Если у больного нѣтъ ступора, можно отмѣтить степень и объемъ вниманія, утомляемость его и т. д. Затѣмъ нужно тщательно отмѣтить состояніе аффективной сферы, а также насколько она господствуетъ надъ логикой. Для этого приходится иногда подъ конецъ изслѣдованія, когда ужъ больше ничего нельзя испортить, затронуть аффективно окрашенныя темы, сдѣлать больному заслуженные упреки и т. д.

Вторая, часто более важная часть изслѣдованія заключаетъ въ себѣ изученіе поведенія больного на работѣ и на досугѣ, во время нахожденія подъ наблюденіемъ и въ предыдущей жизни.

Настоящая олигофренія представляетъ очень частую болѣзнь; ею страдаетъ больше, чѣмъ 1‰[1]) населенія, тѣмъ не менѣе врачу приходится не особенно много имѣть съ ней дѣло.

Лѣченіе. Относительно слабоумные и люди съ неясными понятіями не особенно часто приходятъ къ врачу. Всѣ они неизлѣчимы, однако въ отдѣльныхъ случаяхъ поддаются еще нѣкоторому воспитанію. Однако за исключеніемъ наложенія опеки мы врядъ ли имѣемъ въ своемъ распоряженіи другія успѣшныя мѣропріятія. При раннемъ вмѣшательствѣ можно иногда добиться нѣкотораго улучшенія путемъ перемѣщенія больного въ обстановку, гдѣ, при всемъ вниманіи къ особенностямъ больного, все же будутъ избѣгнуты всѣ неправильные пути.

---

[1]) См.: Th. Heller. Pädagogische Therapie für Ärzte usw. Leipzig uud Wien. 1914.

Борьба съ самой болѣзнью въ настоящее время возможна лишь при атиреоидныхъ формахъ кретинизма — (тиреоидинъ). Отчасти можетъ быть при врожденномъ сифилисѣ.

Въ остальныхъ случаяхъ дѣло сводится къ призрѣнію и воспитанію. То и другое нужно спеціально изучить. До извѣстной степени поддаются воздѣйствію почти всѣ эти больные, даже болѣе тяжелые идіоты. Неправильное обращеніе, особенно колотушки или баловство можетъ сдѣлать больного опаснымъ и вреднымъ индивидуумомъ, съ которымъ нѣсколько лицъ не въ состояніи справиться: при правильномъ же обращеніи этотъ же больной можетъ стать милымъ ребенкомъ

Тамъ, гдѣ имѣются на лицо опасныя тенденціи, необходимо, конечно, интернированіе. Особенное звaченіе имѣетъ въ болѣе легкихъ случаяхъ выборъ профессіи; лучше быть скромнымъ въ требованіяхъ, предъявляемыхъ къ способностямъ и энергіи больного. Родители часто слишкомъ многаго хотятъ.

И въ дальнѣйшей жизни важно, чтобъ больные имѣли положеніе, соотвѣтствующее ихъ способностямъ и темпераменту. Слишкомъ высокія требованія всегда вредны. Однако и въ случаяхъ, казалось бы, безнадежно потерянныхъ, не нужно забывать, что часто можно еще достигнуть нѣкотораго и даже значительнаго улучшенія, если отдать больного въ настоящія руки. Нѣкоторая часть воспитательныхъ заведеній для олигофрениковъ нужно признать довольно цѣлесообразными.

Если при водянкѣ мозга наблюдается возбужденіе, можно иногда добиться преходящаго улучшенія путемъ поясничнаго прокола и прокола желудочка. Первую операцію можно періодически повторять.

Если имѣется наклонность къ половымъ эксцессамъ, можно посредствомъ стерилизаціи или кастраціи избѣжать необходимости длительнаго интернированія. Однако при этомъ нужно считаться съ взглядами окружающихъ и соблюдать всѣ установленныя закономъ формы (согласіе всѣхъ причастныхъ къ дѣлу, опекуна или спеціально назначеннаго попечителя и т. д.).

Добавленіе.

Добавленіе.

(Исправленія, внесенныя авторомъ въ третье нѣмецкое изданіе).

Къ теоріи галлюцинацій. (Стр. 52.) Первое вступительное предложеніе оставлено безъ измѣненія; остальное изложено слѣдующимъ образомъ:

Въ виду этого построена гипотеза о существованіи въ корѣ перцепціонныхъ клѣтокъ или перцепціонныхъ центровъ. Въ нормѣ эти мѣста путемъ периферическихъ импульсовъ приводятся въ состояніе „сильной" дѣятельности, и такимъ образомъ, исходя изъ органа мышленія (всей мозговой коры), возникаютъ ощущенія и воспріятія. Эти мѣста могутъ приводиться также въ состояніе „слабой" дѣятельности, и тогда возникаютъ представленія. Однако, если мы вообще можемъ что либо высказать о „силѣ" этихъ процессовъ, то лишь то, что различіе между воспріятіемъ и представленіемъ не имѣетъ никакого отношенія къ этой силѣ и также мало связано — принципіально — съ локализаціями. Уже самые простые психическіе элементы, напр. воспріятіе голубого цвѣта, представляютъ далеко идущую психическую переработку воспринятаго раздраженія. Нужно подумать только, что для этого требуется между прочимъ выдѣленіе отдѣльнаго ощущенія цвѣта изъ хаоса всѣхъ одновременныхъ ощущеній и психическихъ процессовъ. Въ виду этого та часть воспріятія, яркаго представленія или галлюцинаціи, которая относится на долю органовъ чувствъ, является чѣмъ то столь же или почти столь же расплывчатымъ, какъ и „представленіе". Существенный моментъ въ „проэкціи наружу", въ „сужденіи о реальности" и не лежитъ въ воспріятіи, въ „тѣлесности" послѣдняго. У художниковъ и при псевдогаллюцинаціяхъ „представленія" могутъ быть настолько ясными и точными, настолько детальными и яркими въ смыслѣ цвѣта, тона и другихъ свойствъ, относящихся къ органамъ чувствъ, и могутъ настолько точно локализироваться во внѣшнемъ пространствѣ, что они въ этомъ смыслѣ нисколько не отличаются отъ воспріятій и всетаки у нихъ нѣтъ того характера дѣйствительности, который присущъ галлюцинаціямъ или воспріятіямъ. И обратно при воспріятіи чувствъ (напр. воспріятіе во время тумана, сумерекъ и т. д.) можетъ отсутствовать точность и живость. Галлюцинаціи могутъ быть настолько похожи на мимолетныя представленія, что больные даже не могутъ съ точностью сказать въ какихъ именно выраженіяхъ они слышали галлюцинаціонную мысль- и тѣмъ не менѣе сужденіе о реальности при этомъ настолько же не сокрушимо, какъ у меня, когда я вижу передъ собой средь бѣла дня свою руку. Сужденіе о реальности, тѣлесность воспріятія (настоящаго или галлюцинированнаго) зависитъ исключительно отъ психической обстановки. Различіе между пространствомъ воспринимаемымъ и пространствомъ представляемымъ является выдумкой спекулятивной психологіи. Если я посмотрѣлъ на столъ и потомъ повернулся къ нему спиной, онъ продолжаетъ существовать для меня съ такой же реальностью и на томъ же мѣстѣ, какъ и только что передъ этимъ, когда я его видѣлъ. То же можно сказать про монету, которую я вижу на столѣ и которую прикрываю потомъ чѣмъ либо.

Вообще для наивнаго сознанія представленія являются реальностью также, какъ и воспріятія, хотя люди скоро научаются проводить между ними извѣстное различіе. Кромѣ того на нихъ и реагируютъ какъ на воспріятія; они имѣютъ значеніе воспріятій, продолженныхъ во времени. Если я убѣгаю отъ преслѣдователя, то вовсе не нужно, чтобъ я все время его видѣлъ или слышалъ. Такимъ образомъ мы можемъ понять непрерывную цѣпь звеньевъ, ведущихъ отъ самыхъ отвлеченныхъ представленій къ представленіямъ, имѣющимъ чув-

ственную отчетливость — къ псевдогаллюцинаціямъ. Чѣмъ больше мы абстрагируемъ составные моменты, относящіеся на долю воспріятій чувствъ, и детали тѣлеснаго представленія, тѣмъ слабѣе становится „чувственная отчетливость". Послѣдняя обусловливаетъ сужденіе о реальности, однако не даетъ еще тѣлесности, хотя понятно, что она играетъ роль въ признаніи даннаго явленія „реальнымъ". Наряду съ этой цѣпью существуетъ и другая, которая можетъ сообщать представленію, будь то чувственно ясному или нѣтъ, большую или меньшую степень тѣлесности. Все же нюансировка здѣсь менѣе тонкая, большей частью мы имѣемъ дѣло съ прямымъ вопросомъ: реально или нѣтъ? Современный человѣкъ со здоровымъ мышленіемъ будетъ считать появленіе святого видѣніемъ (псевдогаллюцинація); вѣрующій же будетъ это считать реальнымъ появленіемъ святого.

Въ галлюцннаціяхъ мы должны различать два главныхъ типа: одни являются проэцированными наружу представленіями — типъ истерическій, другія представляютъ парэстезіи, истолкованныя иллюзіоннымъ образомъ; при бѣлой горячкѣ раздраженіе зрительнаго органа вызываетъ видѣніе звѣрей, раздраженіе кожныхъ нервовъ — воспріятіе нитей или иголъ. Въ шизофреиіи мозговые процессы въ началѣ приводятъ къ парэстезіямъ и ипохондрическимъ представленіямъ, а съ прогрессированіемъ болѣзни къ тѣлеснымъ галлюцинаціямъ. Замѣчательно, что какъ въ шизофреніи, такъ и въ сиахъ наблюдается очень тѣсное отношеніе къ Я, а въ бредѣ пьяницъ и даже при нѣкоторыхъ органическихъ болѣзняхъ эта связь носитъ очень слабый характеръ — деліранты считаютъ часто свои галлюциииаціи кинематографическимъ представленіемъ. Нужно отмѣтить также, что явленія делирантовъ большей частью безцвѣтны, явленія такого же происхожденія у парлитиковъ и другихъ органиковъ чаще бываютъ цвѣтныя (пестрыя бабочки, красный порошокъ, голубыя нити). Второй типъ лишь постолько относится къ галлюцинаціямъ, поскольку лежащія въ осиовѣ раздраженія органовъ чувствъ возникаютъ въ самомъ тѣлѣ; съ чисто психической же точки зрѣнія мы имѣемъ тутъ дѣло съ однѣми лишь иллюзіями.

Къ стран. 103.

Чрезмѣрное и одностороннее дѣйствіе аффектовъ. Болѣзненныя реакціи.

Эти разстройства фундаментально важны для неврозовъ, для пониманія и леченія ненормальныхъ характеровъ и для педагогики; для психіатріи же въ болѣе тѣсномъ смыслѣ слова эти разстройства ие имѣютъ такого большого значенія, такъ что тутъ мы ограничимся лишь нѣкоторыми указаніями.

Сильные аффекты могутъ у психопатическихъ лицъ привести къ разстройствамъ сознанія. Общеизвѣстна слѣпая ярость арестованныхъ (тюремные скандалы) и олигофрениковъ, которая можетъ тянуться отъ нѣсколько минутъ до нѣсколько часовъ и часто влечетъ за собой амнезію. Приступъ можетъ сопровождаться черезмѣрнымъ усиленіемъ физическихъ симптомовъ, обмороками, рвотой, которые могутъ однако проявиться и самостоятельно.

При этомъ рѣшающую роль играетъ сила даннаго аффекта или отсутствіе задерживающихъ вліяній. Послѣднее имѣетъ мѣсто при опредѣленныхъ конституціяхъ, при маніакальномъ настроеніи, воздѣйствіи алкоголя и т. д. Если дѣйствіе аффекта носитъ болѣе хроническій характеръ, психопаты легко образуютъ бредовыя идеи, которыя исчезаютъ съ перемѣной данной ситуаціи. Сюда относится часть „тюремныхъ психозовъ"[1]). Вмѣсто того, чтобы произвести сильное дѣйствіе, аффектъ можетъ самъ себя затормозить,
того, чтобы произвести сильное дѣйствіе, аффектъ можетъ самъ себя затормозить,
и тогда онъ приводитъ къ ступору, въ которомъ мысли и внѣшнія реакціи находятся въ состояніи задержки, или же происходитъ лишь подавленіе аффекта; такъ что при особенно страшномъ событіи, человѣкъ можетъ спокойно разсуждать и наблюдать, но не ощущаетъ никакого аффекта. Livingston, когда онъ подвергся нападенію льва, Bälz во время землетрясенія). Въ меньшей степени мы видимъ

---

[1]) См. главнымъ образомъ Birnbaum: Психозы съ образованіемъ бреда и бредовыми представленіями у дегенеративныхъ. Machold hall 1908.

своего рода равнодушіе у дѣтей и психопатовъ (belle indifférence des hysteriques). Ходъ мыслей путается (напр. во время произнесенія рѣчи).

Не совсѣмъ тождественно съ аффективнымъ ступоромъ смущеніе (понимаемое въ самомъ широкомъ смыслѣ). Часто мы имѣемъ здѣсь дѣло лишь съ измѣненіемъ общей психической установки, такъ напр., когда мы сознательно не можемъ выполнить то, что автоматически проходитъ очень гладко (открывать замки и т. п.). Если къ этому присоединяется аффектъ, дѣйствіе, конечно, усиливается. То, что въ одной обстановкѣ хорошо извѣстно, въ другой обстановкѣ совсѣмъ не приходитъ на умъ (экзаменаціонный ступоръ, „заднимъ умомъ крѣпокъ"). Когда особенно стараешься что нибудь сдѣлать или боишься, что это не удастся, тогда это какъ разъ и не удается (заиканіе, задержка мочеиспусканія, импотенція, страхъ покраснѣнія). Вообще все, что протекаетъ—психически или физически—болѣе или менѣе автоматически, разстраивается отъ вмѣшательства сознательной воли (хроническій запоръ вслѣдствіе психической привычки къ слабительному средству или, когда больной усиленно возится съ кишечникомъ; менструальныя жалобы; затрудненія при родахъ).

Ступорозное состояніе можетъ стать хроническимъ по отношенію къ какой либо ситуаціи, особенному проявленію болѣзни, учителю или предмету, въ которомъ больной когда либо имѣлъ непріятность; наряду съ этимъ ученикъ, вообще говоря, нормаленъ. Неправильнѣе всего будетъ въ этихъ случаяхъ слишкомъ рѣзко обрушиваться на больного, нужно наоборотъ попробовать устранить аффектъ благожелательнымъ игнорированіемъ или у болѣе развитыхъ людей попробовать путемъ разъясненій добиться другой установки. Внутренніе комплексы дѣйствуютъ такимъ же образомъ. Комплексъ онанизма (не самъ онанизмъ) длительно не даетъ ученику сосредоточиться на чемъ либо другомъ, отъ этого получается впечатлѣніе, что у больного плохая память. На почвѣ этихъ комплексовъ возникаетъ также измѣненіе настроенія въ смыслѣ грустномъ и веселомъ: данный человѣкъ скорѣе гомосексуаленъ чѣмъ гетеросексуаленъ и поэтому недоволенъ своимъ бракомъ. Однако онъ не можетъ разобраться, въ чемъ дѣло, тѣмъ болѣе, что жену свою онъ любитъ, и по внѣшности они хорошо живутъ между собой; онъ впадаетъ въ депрессію, которая проходитъ послѣ того, какъ ему стало все ясно, и онъ съ этимъ примирился.

Длительно ложная психическая установка возникаетъ особенно, когда задѣвается чувство собственнаго достоинства или же вслѣдствіе обращенія, которое больной считаетъ „несправедливымъ". На этой почвѣ молодые люди и даже дѣти въ первые годы жизни могутъ пріобрѣсти и на долго сохранить ложную установку по отношеніи къ жизни.

Такимъ образомъ возникаетъ функціонально совершенно другой характеръ, обычно, не соціальный, который можно отличить отъ врожденнаго лишь при тщательномъ наблюденіи. Однако онъ поддается воздѣйствію и переработкѣ. Существеннымъ моментомъ для діагноза является во многихъ случаяхъ наличіе нравственныхъ чувствъ, при чемъ однако нужно исключить „чистую слабость воли" на почвѣ поверхности аффектовъ. Родители или учитель не понимаютъ рѣзкихъ реакцій ребенка и наказываютъ его за это, ребенокъ воспринимаетъ это какъ несправедливость, у него появляется установка въ смыслѣ „дѣланія на зло", онъ разсматриваетъ все подъ вліяніемъ этого комплекса и строитъ себѣ спеціальную принаровленную къ этому случаю нравственность: „отецъ меня обидѣлъ, онъ во всемъ виноватъ; я буду правъ, если причиню ему позоръ, украду что нибудь". Эти соображенія получаютъ такую силу, что больной перестаетъ считаться съ собственнымъ благополучіемъ: „по дѣломъ тебѣ, я отморожу себѣ руки, ты самъ этого хотѣлъ"; это становится аксіомой, которая не поддается коррекціи путемъ обычныхъ разсужденій, главнымъ образомъ потому, что вся совокупность этихъ явленій сознается лишь наполовину или вовсе не сознается. Лишь правильное, главнымъ образомъ, аналитическое леченіе можетъ спасти упрямца отъ преступной карьеры. Молодая женщина на зло мужу, который плохо съ ней обращается, заболѣваетъ неврозомъ ожиданія и уже на всю жизнь, даже послѣ смерти мужа, не можетъ выкарабкаться изъ болѣзни (конечно возникновеніе, а главнымъ образомъ спеціальный видъ болѣзни обусловливается также и другими важными моментами). Мы часто видимъ, что маленькія дѣти не смотря на все свое желаніе не могутъ освободиться

отъ установки „дѣлать все на зло" — тоже относится и къ взрослымъ, когда они спорятъ. На этомъ основано благопріятное вліяніе посредниковъ.

Аналогичная установка, но въ меньшей степени, появляется у молодыхъ людей, имѣющихъ опредѣленные таланты къ искусству или къ какому либо ремеслу, но вынужденные пойти по другой дорогѣ. Они не довольны собой и всѣмъ міромъ, плохо работаютъ, склонны ко всякаго рода неврозамъ и пріобрѣтаютъ аутистическую или негативистическую установку по отношенію ко всему міру. Многіе случаи неудовлетворениости, неврозовъ и отдѣльныхъ психозовъ (параноидъ) обусловливаются несоотвѣтствіемъ между цѣлью и способностями. Характерно указаніе Bumke, что среди студентовъ, которые приходятъ къ нему съ жалобой, что они не могутъ больше умственно работать, поразительно много такихъ, которые стремятся къ доцентурѣ.

Неудавшееся отдѣленіе отъ родителей производитъ такое же дѣйствіе. Ложная установка или наклонность къ опредѣленнымъ невротическимъ заболѣваніямъ можетъ развиться такъ-же, какъ слѣдствіе одиократиаго непріятнаго происшествія.

Аффекты и влеченія, которыхъ нельзя удовлетворить, часто находятъ себѣ безвредный выходъ самопроизвольно или сознательно въ томъ, что они примѣняются для аналогичныхъ дѣйствій: сексуальная любовь и влеченіе къ дѣтямъ ассоціируются съ обычной любовью къ людямъ и находятъ себѣ удовлетвореніе въ благотворительности и уходѣ за больными („сублимированіе" по Freud'у), иногда въ ребяческомъ преувеличиваніи (любовь старыхъ дѣвъ къ кошкамъ). Однако часто первоначальное влеченіе, особенно, если оно вытѣсиено, не находитъ себѣ при этомъ удовлетворенія. Сублимированіе проявляется тогда въ повторныхъ вспышкахъ ложнаго огня, который ни къ чему не приводитъ.

Въ другихъ условіяхъ аффекты „накапливаются" въ безсознательной области. Каждое новое аналогичное переживаніе усиливаетъ напряженіе. Такимъ образомъ возникаетъ съ одной стороны готовность къ взрыву подъ вліяніемъ опредѣленныхъ событій, съ другой стороны аффективныя поиски (безсознательные) такихъ событій. Ребенокъ, который разъ пережилъ сильный страхъ, не понявъ его, какъ слѣдуетъ, или вытѣснивъ его, становится все боязливѣе; онъ особенно чувствителенъ къ страшнымъ переживаніямъ и тѣмъ не менѣе онъ какъ разъ постоянно натыкается на происшествія, вызывающія страхъ. Въ позднѣйшей жизни онъ становится невротикомъ.

Такимъ образомъ возникаетъ у нѣкоторыхъ людей „жажда раздраженій", въ другихъ случаяхъ это можетъ быть основано на самомъ характерѣ. Существуютъ люди, которымъ всегда что то нужно, безразлично будетъ ли это радость или горе или какъ разъ послѣднее предпочитается. (Мученичество, мученическое желаніе терпѣть всегда несправедливое обращеніе). Малѣйшій поводъ искусственно разрабатывается въ цѣлую „сцену". При этомъ больной не только съ иаслажденіемъ воспринимаетъ собственное горе, но несомнѣнно болѣе или менѣе стремится къ нему и вызываетъ его (нормальный прототипъ: наслажденіе отъ трагедіи). Часто переработка носитъ болѣе внутренній характеръ: нѣкоторыя переживанія истолковываются въ смыслѣ мученичества, а у нѣкоторыхъ больныхъ въ смыслѣ самовозвеличиванія. Многіе изъ числа этихъ больныхъ производятъ впечатлѣніе ненормальныхъ лишь въ опредѣленныхъ условіяхъ или по отношенію къ опредѣленнымъ личностямъ.

Въ остальномъ они реагируютъ нормально.

Отчасти врожденной, отчасти обусловленной комплексомъ нужно считать чрезмѣрную потребность въ смѣнахъ, невозможность длительно выдержать въ какой либо одной ситуаціи: вездѣ или развивается „тоска по родинѣ" или возникаетъ „ссора". Всякое занятіе приходится черезъ нѣкоторое время опять бросать. Съ одной стороны чрезмѣрно усилена нормальная потребность въ смѣнѣ, съ другой стороны отсутствуетъ любовь къ привычному.

У многихъ лицъ, которыя терпятъ много несправедливостей и не въ состояніи отстоять себя, наблюдается, какъ извѣстно, невозможность высказаться, вступить въ общеніе съ другими. Они скрываютъ свои чувства, склонны къ скрытности и становятся неискренними, не смотря даже на хорошій характеръ.

Тутъ, какъ вездѣ, особенно дѣйствуетъ въ этомъ смыслѣ патогенно амбивалентные комплексы чувствъ, затѣмъ тѣ положенія, въ которыхъ выдѣляется отрицательная сторона внушенія или тенденціи: если предложить маленькому ребенку лакомство и при этомъ дать понять, что ребенокъ долженъ на это реагировать радостью или особенной благодарностью, можно быть почти увѣреннымъ, что ребенокъ лакомства не приметъ. Пойдетъ ли машина переднимъ или заднимъ ходомъ, зависитъ вообще лишь отъ случайностей: человѣкъ, реагирующій на комплексъ воровствомъ, врядъ ли хуже того, который отвѣчаетъ на ту же ситуацію самопожертвованіемъ.

Часто тренія обусловливаются не столько событіями, какъ несоотвѣтствіемъ характеровъ. Если мужъ очень спокоенъ, жена слишкомъ жива и жаждетъ раздраженія. При малѣйшихъ неладахъ у нея появляется потребность сдѣлать сцену. Чѣмъ преувеличеннѣе внѣшнія проявленія, тѣмъ менѣе мужъ имѣетъ возможность высказаться, а это въ свою очередь усиливаетъ ея аффектъ, пока наконецъ circulus vitiosus разрывается путемъ какой либо малой или большей катастрофы.

Какъ однократныя, такъ и повторныя и хроническія вліянія приводятъ къ ложнымъ установкамъ психики, которыя не только препятствуютъ взаимному приспособленію, но все повышаютъ возбудимость по отношенію къ опредѣленнымъ непріятностямъ. Если раздраженіе понятно само собой, оно не мѣшаетъ. Представимъ себѣ, что кто либо нарочно мѣшаетъ намъ работать въ комнатѣ, дѣлая шумъ и качая стулъ, подражая желѣзной дорогѣ; работа въ такомъ случаѣ становится невозможной; между тѣмъ во время поѣздки по желѣзной дорогѣ мы иногда недурно можемъ работать.

Грудной младенецъ, который не въ состояніи еще рѣшить, что всѣ люди должны соблюдать для него спокойствіе, приспособляется къ всякому шуму; жена терпѣливо сноситъ храпѣніе мужа, если она его любитъ. Напряженіе при спортѣ считается удовольствіемъ и отдыхомъ, не смотря на то, что оно иногда во много разъ больше, чѣмъ „утомляющая" работа. Такого рода установки психики лежатъ въ основѣ въ значительной части, такъ наз. неврастеническихъ симптомовъ, и всего „невроза ожиданія". Глядя по установкѣ можно стать или особенно впечатлительнымъ или особенно невоспріимчивымъ по отношенію къ повторяющимся событіямъ (это относится и къ матеріальнымъ и моральнымъ гадостямъ).

Группировку типовъ реакціи на внутреннія тренія даетъ Kretschmer. (Группировка эта очень полезна, хотя, конечно, она и мало исчерпываетъ эти типы, какъ и недостаточно точно отграничиваетъ: истерикъ уклоняется отъ борьбы, эретикъ вступаетъ въ борьбу и преувеличиваетъ ее, сенситивный уходитъ внутрь себя и образуетъ опредѣленныя бредовыя идеи и навязчивыя представленія, астеникъ впадаетъ въ бездѣятельныя депрессіи). Относительно другихъ деталей болѣзненныхъ аффективныхъ реакцій см. ниже въ главѣ о „психопатическихъ реактивныхъ формахъ".

Патологія аффективныхъ разстройствъ.

Аффективныя аномаліи представляютъ, главнымъ образомъ, функцію конституціи: на послѣдней съ одной стороны разыгрываются различныя реакціи, которыя могутъ принять болѣзненную форму, съ другой стороны имѣются эндогенныя колебанія уровня, яркимъ примѣромъ чего являются колебанія настроенія при маніакально-депрессивномъ психозѣ.

Послѣднія, повидимому, обусловлены физіологическими (химическими?) моментами. Однако странно, что многіе маніакально-депрессивные больные и въ здоровыхъ промежуткахъ ненормально сильно реагируютъ на психическія раздраженія, такъ что можно даже провести параллель между приступами болѣзни и этими психогенными колебаніями. Кромѣ того небольшая часть настоящихъ маніакально-депрессивныхъ приступовъ вызывается и причинами психическаго свойства, затѣмъ существуютъ такія измѣненія настроенія, которыя, по крайней мѣрѣ, при теперешнемъ состояніи нашихъ знаній кажутся совершенно похожими на маніакально-депрессивные приступы, однако къ этой болѣзни не принадлежатъ и вызываются психическими причинами. Противорѣчіе это можно, пожалуй, разрѣшить слѣдующимъ образомъ: аффекты подобно другимъ

психизмамъ сами себя усиливаютъ, напр. депрессія облегчаетъ депрессивныя ассоціаціи и задерживаетъ эйфорическія, такимъ образомъ аффектъ усиливается и поддерживается. Такое же тормозящее дѣйствіе депрессія оказываетъ и въ физической области, напр. дѣйствуетъ на дыханіе и пищевареніе, плохо вліяетъ на пульсъ, возбуждаетъ дѣйствующія въ депрессивномъ направленіи железы внутренней секреціи и задерживаетъ функцію эйфорическихъ железъ, что въ свою очередь опять таки усиливаетъ аффектъ. Болѣзнетворный агентъ можетъ развить свою дѣятельность въ любомъ мѣстѣ круговорота причинъ. Предположимъ, что у маніакально-депрессивныхъ больныхъ имѣется особенная неустойчивость функцій внутреннихъ секрецій. Колебаніе ихъ дѣятельности можетъ быть обусловлено причиной, лежащей внѣ ихъ; но возможно также, что дѣятельность этихъ железъ легко истощается и затѣмъ вновь усиливается (на это съ вѣроятностью указываетъ періодичность явленій). Въ томъ и въ другомъ случаѣ мы имѣемъ передъ собой обычный „извнутри развившійся" маніакально-депрессивный приступъ—однако приступъ можетъ развиться и въ томъ случаѣ, если железы слишкомъ сильно реагируютъ на депрессію экзогеннаго (психическаго) происхожденія.

Какой нибудь химизмъ долженъ лежать также въ основѣ большинства измѣненій настроенія у эпилептиковъ и нѣкоторыхъ олигофрениковъ. Однако странно, что какъ разъ олигофреники съ мозговыми очагами и вообще больные съ поврежденіемъ мозга, склонны къ эндогеннымъ измѣненіямъ настроенія (чаще всего но не всегда это состояніе раздражительности). Анатомическую подкладку имѣетъ кромѣ того длительная раздражительность мозговыхъ больныхъ. Судя по многимъ наблюденіямъ нужно, если не съ полной увѣренностью, то все же съ большей вѣроятностью, признать, что имѣются также эндогенныя періодическія измѣненія настроенія, психогеннаго происхожденія, аналогично упомянутымъ въ предыдущемъ отдѣлѣ длительнымъ установкамъ психики. Какой нибудь комплексъ, скажемъ, недовольство родителями, наполовину или совсѣмъ вытѣсняется, такъ что ребенокъ не отдаетъ себѣ полнаго отчета въ своихъ дѣйствіяхъ. Однако, потребность въ „отреагированіи" сказывается въ какомъ либо возбужденіи или измѣненіи настроенія, что на время успокаиваетъ. Постепенно однако напряженіе вновь наростаетъ и, въ концѣ концовъ, вновь проявляется такимъ же образомъ, безъ видимой новой причины или по какому либо пустяковому поводу.

Неустойчивость органиковъ представляетъ, видимо, частный симптомъ мозгового разстройства. И въ области памяти наблюдается недостаточная устойчивость психизмовъ. Ограниченіе ассоціацій тоже должно способствовать тому, что больной реагируетъ только на ситуаціи момента. У эпилептиковъ, наоборотъ, и всѣ остальные психизмы протекаютъ медленно. Оторваться отъ какой либо одной идеи имъ также трудно, какъ измѣнить аффектъ. Наклонность сенильныхъ больныхъ къ депрессіи недостаточно объясняется указаніемъ на то, что съ возрастомъ и особенно съ развитіемъ разстройствъ кровообращенія депрессіи вообще наростаютъ. И эйфорія паралитиковъ такъ же мало поддается объясненію, какъ и (болѣе рѣдкія) паралитическія депрессіи.

Болѣзненныя реакціи не требуютъ особеннаго объясненія, ибо онѣ возникаютъ на почвѣ нормальныхъ механизмовъ, которые лишь вслѣдствіе особыхъ причинъ или ненормальнаго склада дѣйствуютъ чрезмѣрно и односторонне.

Къ стр. 171.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется искусственное питаніе, врядъ ли можно оставить больного въ частной квартирѣ. Хорошо упитанный человѣкъ можетъ при условіи постельнаго содержанія выдержать безъ вреда 5—7 дней безъ пищи, если только онъ уже до этого не перешелъ на половинный раціонъ. На питательныхъ клизмахъ и тому подобныхъ мѣропріятіяхъ нечего долго останавливаться. Зато можно иногда дать больному пищу косвенными путями: нѣкоторые больные ѣдятъ тайно, если для нихъ какъ бы случайно оставляютъ пищу. Если нужно кормленіе черезъ зондъ, то лучше дѣлать это черезъ носъ. Больного – въ лежачемъ или

сидячемъ положенiи – нужно прочно фиксировать, такъ чтобы можно было абсолютно избѣжать борьбы во время процедуры. Мягкiй зондъ, хорошо смазанный масломъ, вводятъ въ болѣе широкую ноздрю; зондъ долженъ быть такого калибра, чтобы онъ только-только входилъ въ ноздрю. Перегибъ у задней стѣнки глотки зондъ проходитъ посредствомъ толчкообразнаго движенiя. Начиная съ этого момента, введенiе зонда должно итти нѣсколько скорѣе, чтобы больной не успѣлъ высунуть зондъ въ ротъ.

Нелишне все же переждать глотательный рефлексъ, и, какъ только послѣднiй начинается, протолкнуть зондъ въ пищеводъ. Зондъ вводится въ желудокъ; путемъ выслушиванiя шума вдуваемаго (ртомъ или баллономъ) воздуха можно провѣрить, попалъ ли зондъ въ желудокъ. Отсутствiе реакцiи со стороны больного, особенно у кататониковъ не служитъ ручательствомъ, что зондъ не сидитъ въ трахеѣ. При вытягиванiи зонда нужно его защемить, чтобы жидкость не попала въ гортань.

Проще всего вливать молоко и яйца (послѣднихъ брать по половинѣ на децилитръ молока). Первый разъ послѣ продолжительнаго голоданiя даютъ не больше 5 децилитровъ, въ дальнѣйшемъ до 1 литра молока и 5 яицъ на разъ. Достаточно тогда кормить два раза въ день. Нужно, конечно, тщательно слѣдить за состоянiемъ питанiя, пищеваренiемъ, рвотой. Съ пищею можно вводить и лѣкарства; если кормить приходится долго, лучше, пожалуй, вмѣсто молока или наряду съ нимъ давать другiе питательные вещества въ жидкомъ или эмульгированномъ видѣ.

Если кормленiе сопровождается трудностями, лучше перевести больного въ больницу. И внѣ больницы можетъ иногда понадобиться введенiе зонда черезъ ротъ (если ноздри узкiя) для промыванiя желудка при отравленiи. У сопротивляющихся больныхъ нужно позаботиться о раскрытiи рта и защитѣ пальца. Лѣвымъ указательнымъ и среднимъ пальцемъ проходятъ осторожно, но безъ церемонiй до надгортанника, оттѣсняютъ его слегка кпереди и вводятъ зондъ между двухъ пальцевъ непосредственно въ входъ въ пищеводъ; только такимъ путемъ можно его форсировать, если больной сопротивляется.

Къ стр. 179.

Сравнительно мало задѣваетъ мозговую кору, (вслѣдствiе сего и органическiй синдромъ мало выраженъ) органическая мозговая болѣзнь, носящая названiе Encephalitis lethargica, европейская сонная болѣзнь, которая никакаго отношенiя не имѣетъ къ африканской сонной болѣзни. Анатомически это Polioencephalitis, сопровождающiйся круглоклѣточнымъ наслоенiемъ сосудовъ, рѣже мелкими кровоизлiянiями; процессъ локализуется преимущественно вокругъ Сильвiева водопровода, но переходитъ также на большiя ганглiи и ихъ окружность и регулярно спускается и въ спинной мозгъ; врядъ ли какая часть сѣраго вещества остается совершенно свободной. Изъ физическихъ симптомовъ наблюдаются внутреннiе и наружные глазодвигательные параличи, иногда парезъ и facialis, парэстезiи не только въ формѣ ползанiя мурашекъ и т. п., но и въ видѣ болей, жженiя, параличей, легкой мышечной ригидности.

Болѣзнь для своего развитія требуетъ отъ нѣсколькихъ дней до нѣсколькихъ недѣль: лихорадка появляется обыкновенно лишь черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ начала болѣзни, причемъ температура не бываетъ очень высокой и черезъ нѣсколько недѣль можетъ опять исчезнуть.

Психотическіе симптомы, съ характеромъ скорѣе токсическимъ, нежели органическимъ, наблюдаются преимущественно въ начальномъ стадіи: моторное безпокойство, которому неувѣренность движеній сообщаетъ нѣсколько хореоподобный характеръ. Часто къ этому присоединяется бредъ, похожій на обычный лихорадочный бредъ; однако въ виду его комплекснаго характера его часто по ошибкѣ — когда еще нѣтъ температуры — принимаютъ за истерическій. Въ тяжелыхъ случаяхъ бредъ доходитъ до спутанности. Въ дальнѣйшемъ помраченіе сознанія можетъ принять характеръ бреда занятій, смѣняющагося прогрессирующимъ состояніемъ летаргіи. Въ болѣе легкихъ случаяхъ обращаютъ на себя вниманіе, по крайней мѣрѣ, сны съ содержаніемъ заимствованнымъ изъ занятій. За исключеніемъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ больныхъ удается разбудить, и — послѣ исчезновенія начальнаго бреда — сознаніе у нихъ проясняется, хотя бросается въ глаза отсутствіе интереса къ собственному состоянію и къ окружающему. Предоставленные самимъ себѣ больные на высотѣ болѣзни постоянно засыпаютъ. Гиперкинетическій бредъ начальнаго стадія часто путаютъ съ кататоническимъ, особенно потому, что несмотря на наличіе аффекта мимика лица какая то застывшая, да и торпоръ можетъ имѣть видъ каталепсіи. Бредъ занятій можетъ подать поводъ къ смѣшенію съ бѣлой горячкой. Болѣзнь нерѣдко приводитъ въ теченіе первыхъ недѣль къ смерти, въ нѣкоторыхъ случаяхъ смерть можетъ наступить позже, даже черезъ нѣсколько лѣтъ. Въ двухъ третяхъ случаевъ наступаетъ полное выздоровленіе по истеченіи многихъ недѣль или мѣсяцевъ. Однако, какъ будто остается на долго неподвижность зрачковъ. — Дифференціальный діагнозъ основывается, главнымъ образомъ, на наличіи энцефалитическихъ симптомовъ: парэстезіи, гиперкинезъ съ хореоподобными движеніями, а главнымъ образомъ разстройства глазныхъ мышцъ, а иногда и зрительнаго нерва, затѣмъ спячка, отъ которой больного удается разбудить, при чемъ онъ оказывается въ ясномъ сознаніи.

Возбудитель и способъ зараженія неизвѣстны. Лѣченіе симптоматическое.

Къ главѣ „Органическіе психозы".

Къ стр. 243.

Въ новомъ изданіи авторъ объединяетъ въ одну группу нижеслѣдующія формы душевныхъ болѣзней:

I. Психозы при поврежденіяхъ мозга.
II. Психозы при заболѣваніяхъ мозга.
III. Сифилитическіе психозы.
IV. Dementia paralytica.
V. Старческіе и предстарческіе психозы.

Предстарческій психозъ.
Артеріосклеротическій психозъ.
Старческое слабоуміе (простая dementia senilis)
Пресбіофренія.

Всѣ эти болѣзни авторъ объединяетъ подъ общимъ заглавіемъ.

I—V. Пріобрѣтенные психозы съ грубыми мозговыми разстройствами. Органическій синдромъ;

и предпосылаетъ нижеслѣдующее введеніе.

Kraepelin различаетъ здѣсь поврежденія и заболѣванія мозга, изъ числа послѣднихъ онъ выдѣляетъ сифилитическіе по соображеніямъ практическаго свойства. Въ свою очередь изъ числа сифилитическихъ выдѣленъ прогрессивный параличъ въ виду историческаго, симптоматическаго и практическаго своеобразія этой болѣзни. Прогрессивный параличъ имѣетъ вмѣстѣ съ старческими формами и съ Корсаковскими развивающимися на почвѣ интоксикацій (алкоголь, Со, свинецъ, бактеріальные яды и т. п.), общую, подкладку— диффузное уменьшеніе мозга, и въ виду этого во всѣхъ этихъ болѣзняхъ много общихъ всѣмъ симптомовъ. Эти три формы, главнымъ образомъ, имѣются въ виду, когда говорятъ объ органическихъ психозахъ. Однако къ этимъ послѣднимъ относятся также разнаго рода перерожденія нервной системы, гліозы, множественный склерозъ, измѣненія мозга при спинной сухоткѣ, опухоляхъ и т. п. Всѣмъ имъ общъ „органическій синдромъ". Послѣдній также называютъ „Корсаковскимъ симптомокоплексомъ", упирая односторонне на дефектъ памяти. Синдромъ этотъ можно найти и въ другихъ мозговыхъ болѣзняхъ, если только онѣ ведутъ къ диффузному пораженію коры; если травматическое пораженіе коры въ цѣломъ носитъ лишь функціональный характеръ, тогда эти симптомы могутъ пройти — „излѣчимая Корсаковская болѣзнь". Однако, такъ какъ эти случаи внѣ войны очень рѣдки, на нихъ обыкновенно обращаютъ мало вниманія.

Лишь диффузныя разстройства коры причиняютъ настоящую слабость интеллекта, между тѣмъ какъ нѣкоторыя аффективныя разстройства могутъ появиться уже при очаговыхъ пораженіяхъ, особенно, если поражается область зрительнаго бугра. Раздражительность, наклонность къ всякаго рода преходящимъ измѣненіямъ настроенія, особенно въ смыслѣ злобы и гнѣва представляютъ самое частое постоянное явленіе въ большинствѣ очаговыхъ заболѣваній мозга. При диффузныхъ же разстройствахъ, а также при очагахъ въ thalamus особенно выступаютъ на первый планъ общая неустойчивость аффектовъ.

Къ стр. 405 и слѣд.

Формы болѣзни, описанныя во второмъ изданіи подъ рубрикой XII—XVI, подверглись въ третьемъ изданіи переработкѣ въ смыслѣ систематики, которая приняла форму, уклоняющуюся отъ Kraepelin'овской классификаціи. Эти уклоненія, главнымъ образомъ, касаются внѣшнихъ моментовъ; по существу же и въ остальномъ систематика осталась та же. Новая классификація Bleuler'a имѣетъ слѣдующій видъ:

Психопатическія реактивныя формы
(психозы ситуаціи)

1. Параноя (помѣшательство)
2. Бредъ преслѣдованія тугоухихъ
3. Сутяжный бредъ
4. Индуцированное помѣшательство (folie à deux)
5. Реактивное душевное разстройство заключенныхъ въ тюрьмѣ
6. Примитивныя реакціи
7. Реактивныя депрессіи и экзальтаціи
8. Реактивныя влеченія (импульсивный психозъ по Kraepelin'у)
9. Реактивныя измѣненія характера
10. Невротическіе синдромы

a) Истерическіе синдромы. Истерія.
b) Такъ назыв. неврастеническій синдромъ. Неврастенія и псевдоневрастенія.
   Настоящая неврастенія, хроническое и нервное истощеніе. (Псевдо) неврастенія.
c) Неврозъ ожиданія
d) Навязчивый неврозъ
e) Неврозъ отъ несчастныхъ случаевъ

Психопатіи.

a) Нервность
b) Извращеніе полового влеченія
c) Ненормальная возбудимость
d) Неустойчивость
e) Особыя влеченія
f) Чудачества
g) Pseudologia phantastica (Лгуны и плуты)
h) Конституціональныя, этическія отклоненія (враги общества, антисоціальные, моральные олигофреники, moral insanity)
i) Наклонность къ ссорамъ (псевдосутяги)

Главѣ о психопатическихъ реактивныхъ формахъ предпослано нижеслѣдующее введеніе.

Если внутри психики возникаютъ какія либо разстройства, то и дѣйствія аффектовъ пріобрѣтаютъ другой характеръ, и они могутъ производить болѣзненные синдромы. Почва, на которой разыгрываются ненормальныя реакціи, представляетъ пестрое разнообразіе и смѣсь различнѣйшихъ моментовъ, среди которыхъ отмѣтимъ врожденныя аномаліи, поврежденія мозга, мозговые процессы всякаго рода, разстройство питанія, отравленія, инфекціи и, наконецъ, хронически дѣйствующіе аффекты. Тамъ, гдѣ въ основѣ лежатъ опредѣленные процессы, какъ напр. шизофреническіе или болѣе грубыя измѣненія мозга, тамъ реактивные синдромы причисляются къ симптоматомати основной болѣзни, отъ которыхъ они, большей частью, заимствуютъ специфическія особенности (шизофреническія бредовыя идеи, хотя возникаютъ такимъ же образомъ, какъ паранояльныя, отличаются все таки отъ послѣднихъ, шизофреническія сумеречныя состоянія отличаются отъ истерическихъ и т. д.). Нѣкоторые пыта-

лись выдѣлить въ качествѣ особой „болѣзни", тѣ ненормальныя реакціи, которыя обусловлены врожденными конституціями (неврозы, параноя). Въ этихъ случаяхъ болѣзненные симптомы возникаютъ на почвѣ ненормальной силы и многогранности аффективной сферы, то есть на почвѣ ея слишкомъ сильнаго вліянія на выборъ ассоціацій; иногда возникновеніе симптома обязано лишь слабости (относительной) логическихъ силъ, а иногда и аффективныхъ, напр. моральныхъ, задержекъ. Однако въ качествѣ существенной основы ненормальныхъ аффективныхъ формъ могутъ фигурировать также качественныя уклоненія, какъ аффектовъ, такъ и интеллекта, особенная впечатлительность въ какомъ либо опредѣленномъ направленіи, странности мышленія и т. д. Все же рѣшающую роль играетъ всегда аффективная сфера съ ея безграничной способностью къ варіаціи, между тѣмъ, какъ интеллектуальныя функціи, зафиксированныя въ тѣсныхъ рамкахъ, или оттѣсняются, или играютъ лишь второстепенную роль.

Большинство синдромовъ лучше разсматривать отдѣльно отъ лежащихъ въ основѣ механизмовъ. Нѣкоторые изъ нихъ представляютъ просто чрезмѣрное дѣйствіе аффектовъ: приступы ярости (напр. тюремный скандалъ), приступы крика, ступоръ, минутная спутанность, неврозъ испуга. Основнымъ условіемъ является здѣсь впечатлительная многогранная аффективная сфера или недостаточная сила сужденія. („Нервные", олигофреники, шизофреники, эпилептики). Все это — „примитивныя реакціи" (Kretschmer). Однако и у людей, не предрасположенныхъ къ такимъ реакціямъ, какой нибудь комплексъ можетъ вызвать особенную впечатлительность: отвергнутая любовь, постоянныя „шпильки", недостойное положеніе и т. д. Рѣже причиной является амбивалентность, такъ напр. при преувеличенномъ страхѣ за опредѣленныхъ лицъ или при слишкомъ сильномъ или слишкомъ продолжительномъ горѣ о потерѣ близкаго человѣка; въ этихъ случаяхъ безсознательное ощущеніе какого либо преимущества, связаннаго съ этой потерей, вызываетъ это преувеличеніе, причемъ путь къ нему лежитъ черезъ извѣстнаго рода чувство виноватости. Большей частью больные послѣдняго рода — болѣе тонкіе и чуткіе люди.

Другого рода механизмъ представляетъ неправильное сопоставленіе, къ чему между прочимъ сводятся нѣкоторыя половыя извращенія: въ классѣ одинъ ученикъ разсказываетъ другому про онанизмъ и тутъ же дѣлаетъ пробу. Учитель незамѣтно подходитъ и деретъ его за ухо. Въ этотъ моментъ происходитъ оргазмъ и въ результатѣ получается, что съ тѣхъ поръ больной можетъ получить половое удовлетвореніе лишь тогда, когда онъ самъ беретъ себя за ухо, или его возлюбленная это дѣлаетъ (Aschaffenburg). Аналогичнымъ путемъ возникаютъ разныя формы фетишизма. Конечно, для этого требуется психопатическій складъ, а вѣроятно и комбинація съ недостаточно развитой сексуальностью. — 11-лѣтній больной Frank'a страдаетъ съ 5 лѣтъ incontinentia alvi, особенно въ ½11 утра. Психоанализъ выяснилъ, что шесть лѣтъ тому назадъ въ это время дня онъ побѣжалъ на кухню къ матери изъ за позыва къ испражненію. На кухнѣ ему брызнуло на грудь горячее масло. Отъ испуга больной испражнился въ платье. Излѣченіе послѣдовало въ результатѣ этого анализа. — Другого

рода случайныя ассоціаціи могутъ вызывать головную боль каждый разъ, когда наступаетъ какое либо опредѣленное событіе, потому что первый разъ головная боль появилась какъ разъ послѣ этого событія. Такого рода сопоставленія могутъ возникнуть особенно у дѣтей и безъ существеннаго участія аффекта, тогда мы имѣемъ передъ собой просто привычку, ассоціаціонный рефлексъ.

Невыносимыя или просто даже нежелательныя ситуаціи могутъ черезъ посредство болѣзни подвергнуться бредовой переработкѣ (бредовая реакція) или быть обойденными въ дѣйствительности („бѣгство въ болѣзнь"). Если имѣется на лицо шизофреническій процессъ, то указанный выше механизмъ можетъ выявить болѣзнь, однако, главнымъ образомъ, онъ приводитъ къ неврозамъ.

Бредовая реакція: въ истерическомъ или шизофреническомъ сумеречномъ состояніи больная въ галлюцинаціяхъ выходитъ замужъ за потеряннаго возлюбленнаго; въ бредѣ величія осуществляются невыполнимыя желанія. Паранояльный и параноидный бредъ преслѣдованія переноситъ причину собственныхъ неудачъ на окружающихъ, снимаетъ пятно съ собственнаго я, и переноситъ его на другихъ, приписывая имъ злыя намѣренія. Въ сутяжничествѣ больной стремится, съ одной стороны, осуществить желанія, въ дѣйствительности трудно выполнимыя или вовсе невыполнимыя; съ другой стороны, онъ этимъ замаскировываетъ для себя права другихъ и трудность провести свои собственныя требованія. Кромѣ того этимъ больной переоцѣниваетъ свои права и вмѣстѣ съ тѣмъ значеніе своей личности и оправдываетъ свою впечатлительность и удовольствіе, съ которымъ онъ притѣсняетъ другихъ. Въ сутяжномъ бредѣ, въ паранойѣ, въ параноидѣ, въ гипоманіакальномъ приступѣ это дѣйствіе аффекта доводитъ до полнаго искаженія логики.

Невозможность или трудность столковаться съ окружающими приводитъ къ бреду преслѣдованія тугоухихъ.

Особое положеніе занимаетъ механизмъ индуцированнаго психоза: переходъ бредовой идеи отъ больного человѣка на другого, бывшаго раньше здоровымъ, причемъ переходъ обусловливается убѣжденіемъ, а главнымъ образомъ, внушеніемъ. Однако и въ этихъ случаяхъ нужно предположить наличіе аффективнаго склада, облегчающаго усвоеніе бредовыхъ идей опредѣленнаго направленія.

Бѣгство въ болѣзнь даетъ возможность достигнуть опредѣленной цѣли черезъ болѣзнь: приступъ ярости вызываетъ уступку съ другой стороны; путемъ обморока можно добиться новой шляпы, путемъ длительной болѣзни—пріятной поѣздки на курортъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ благодаря всему этому можно добиться вниманія, обезпечить нѣжное къ себѣ отношеніе и уходъ, получить власть надъ другими, которые должны приспособляться къ болѣзни, добиться пенсіи, уклониться отъ работы, начиная отъ простого домашняго хозяйства и кончая ужасами окоповъ, а главнымъ образомъ, такимъ путемъ избѣгаютъ внутреннихъ затрудненій: упреки не доходятъ до сознанія, благодаря какому либо симптому можно себя

отождествить съ возлюбленнымъ или представить себѣ символическое соединеніе съ возлюбленнымъ, который на самомъ дѣлѣ и слышать не хочетъ о больномъ.

Эти внѣшнія цѣли неврозовъ очень просты, однако внутренняя цѣль, фиктивное сведеніе счетовъ съ самимъ собой, часто бываетъ настолько сложной, что мы не можемъ здѣсь болѣе подробно этимъ заняться. Отмѣтимъ лишь, что, конечно, неврозъ представляетъ плохую попытку разрѣшенія вопроса и съ субъективной точки зрѣнія, что явствуетъ уже изъ того, что невротики сами не одобряютъ, что они такимъ путемъ уклоняются отъ трудностей; они не сознаются ни себѣ, ни другимъ, въ чемъ состоитъ истинная цѣль всей инсценировки. Даже простой приступъ ярости, который въ этомъ случаѣ является примитивной реакціей, въ принципѣ осмысленной, часто настолько хватаетъ черезъ край, что это становится непріятнымъ и самому больному; чтобы получить шляпу, нужно упасть въ настоящій обморокъ; чтобы освободиться отъ работы, нужно страдать непріятными симптомами; неврастеникъ, ищущій пенсіи, долженъ отказаться отъ всѣхъ удовольствій жизни; кто становится воромъ, чтобы отомстить отцу или поджигаетъ, чтобы выйти изъ невыносимаго положенія, долженъ идти на каторгу; кто доставляетъ себѣ символическое общеніе съ возлюбленнымъ, настолько же мало этимъ удовлетворяется, какъ и голодающій, которому снится ѣда; а тотъ, кто удовлетворяетъ свои амбивалетныя чувства, воображая себѣ половое покушеніе, которое, правда, возбуждаетъ въ половомъ смыслѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ вызываетъ и отвращеніе— тотъ вынесетъ изъ этого лишь истерическую рвоту.

Слова вродѣ „бѣгства въ болѣзнь", „цѣль невроза" должны быть правильно понимаемы. Простая примитивная реакція проходитъ и не имѣетъ никакого значенія въ дальнѣйшемъ. Однако она становится тяжелымъ, не поддающимся воздѣйствію, невротическимъ симптомомъ, если она была вызвана опредѣленными цѣлями. Когда физическіе, чисто реактивные симптомы (параличъ голосовыхъ связокъ или ногъ, дрожь отъ испуга, поносъ или обморокъ отъ страха, рвота отъ отвращенія) не проходятъ вмѣстѣ съ вызвавшимъ ихъ аффектомъ или когда они повторно появляются безъ адэкватной причины, тогда мы имѣемъ передъ собой явленія, принципіально отличающіяся отъ простой реакціи. Появляется какой то добавочный плюсъ, который обычно состоитъ въ потребности почему то быть больнымъ. Выраженіе „желаніе", которымъ это явленіе называютъ, должно быть понимаемо въ самомъ широкомъ смыслѣ. У самаго порядочнаго человѣка можетъ иногда появится желаніе присвоить себѣ чужое имущество или свершить какой либо недозволенный половой актъ; однако ему въ голову не приходитъ осуществлять свое желаніе; нерѣдко патогенныя желанія остаются совершенно безсознательными, а въ сознаніи больного нераздѣльно господствуютъ противоположныя.

„Выигрышъ отъ болѣзни", большей частью, удается легко выяснить при болѣе тщательномъ изученіи. Онъ очевиденъ въ военныхъ и пенсіонныхъ неврозахъ, въ сумеречныхъ состояніяхъ под-

слѣдственныхъ; въ „массовыхъ истеріяхъ“ или въ подражательныхъ истеріяхъ. Этотъ выигрышъ заключается, между прочимъ, въ стремленіи съ одной стороны не отстать, а съ другой стороны чѣмъ либо выдѣлиться изъ толпы; въ школьныхъ эпидеміяхъ особенную роль играетъ желаніе освободиться отъ уроковъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ стремленіе придать себѣ важности и подражать всему бросающемуся въ глаза.

Существуютъ, конечно, неврозоподобныя болѣзни, для возникновенія которыхъ не нуженъ, по крайней мѣрѣ, въ принципѣ выигрышъ; примѣромъ могутъ служить многія примитивныя реакціи: грудной младенецъ, который въ непріятной для него обстановкѣ погибаетъ отъ анорексіи, тоскующая по дому няня; собака, погибающая отъ голоду на могилѣ своего господина; дѣвушка, которая получаетъ каждый разъ боли въ поясницѣ, когда ложится на траву, ибо ей пришлось долго лежать на открытомъ воздухѣ, когда она рожала внѣбрачнаго ребенка; неправильныя сопоставленія полового влеченія; лихорадка послѣ впрыскиванія воды, когда больной принимаетъ это за обычное туберкулиновое впрыскиваніе. Однако въ обыкновенныхъ неврозахъ можно при тщательномъ наблюденіи всегда найти тотъ или иной выигрышъ отъ болѣзни.

Нужно допустить однако существованіе еще какихъ то моментовъ (здѣсь авторъ повторяетъ соображенія, изложенныя на стр. 429, см. тамъ).

Еще нѣкоторыя указанія объ отдѣльныхъ механизмахъ происхожденія неврозовъ: чрезмѣрныя реакціи мы имѣемъ кромѣ „невротическихъ возбужденій“ также въ сердечныхъ симптомахъ, параличахъ ногъ или голосовыхъ связокъ, истерической рвотѣ, въ поносѣ отъ испуга, въ обморокахъ. Истерическія сумеречныя состоянія нужно объяснить себѣ преувеличеннымъ дѣйствіемъ аффектовъ, которое привлекаетъ желательныя ассоціаціи и выключаетъ нежелательныя. Въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ повтореніе напугавшихъ переживаній, которыя воспроизводятся отчасти потому, что они амбиваленты и включаютъ въ себя также моментъ удовольствія (сумеречныя состоянія, воспроизводящія половыя покушенія), отчасти потому, что они ассоціативно связаны съ аффектами. Вообще нѣкоторые симптомы, появляющіеся приступами, протекаютъ по схемѣ ассоціаціоннаго рефлекса, причемъ потребность въ болѣзни, въ качествѣ патогеннаго момента, отступаетъ на задній планъ. Видъ шапки опредѣленнаго образца вызываетъ сердцебіеніе или приступъ страха, такъ какъ опредѣленное лицо носило такую шапку; какая либо случайность „напоминаетъ“ половое покушеніе, вслѣдъ за чѣмъ послѣднее въ сумеречномъ состояніи переживается въ болѣе или менѣе шаржированномъ видѣ. Эти соотношенія могутъ быть сознательными и тѣмъ не менѣе не теряютъ своего дѣйствія. Довольно элементарный характеръ носитъ также простое „усиленіе рефлекса“ (Kretschmer); дрожательный рефлексъ можетъ получиться въ такихъ условіяхъ, въ которыхъ онъ у нормальнаго человѣка не получается. Неврозъ, подобно аффекту и внушенію, можетъ располагать многими физическими механизмами, которые находятся внѣ власти сознательной воли. Нѣкоторые симптомы, какъ напр. нервное сердцебіеніе, обмороки, судороги глотательныхъ мышцъ (globus), поты вызываются тѣмъ, что пускаются въ ходъ преформированные механизмы. Таковы также и „истерофильные синдромы“; нѣкоторые другіе симптомы, какъ напр головная боль, безсонница, затрудненіе въ мыш-

леніи, особенно легко возникаютъ подъ вліяніемъ представленій; особенно часто поэтому наблюдается при притязаніяхъ на пенсію по поводу несчастныхъ случаевъ синдромъ, состоящій изъ депрессіи, безсонницы, отсутствія аппетита, трудности думать, сердцебіенія при всякой физической или умственной „работѣ“ (я преднамѣренно не употребляю выраженія „напряженіе“). Характерно при этомъ, что жажда пенсіи опредѣляетъ болѣзнь, а страхъ безработицы ея оттѣнки (больной не только желаетъ пенсію, но еще боится, что придется остаться и безъ работы, и безъ пенсіи). Другія реакціи должны сначала быть въ представленіи, чтобы стать поводами къ истеріи. Трудно непосредственно внушить рвоту, поносъ, потъ или сердцебіеніе, однако это удается, если изобразить больному, соотвѣтствующее положеніе, что онъ съѣлъ отвратительную гадость, чувствуетъ жаръ, или разрисовать ему въ деталяхъ что либо страшное. И нервный человѣкъ легче всего получитъ „отъ воображенія“ („самовнушеніе“) тѣ симптомы, которые у него уже были (боли въ спинѣ, какъ повтореніе прежняго ревматизма), или же больной используетъ легкое уже существующее страданіе, какой либо незначительный изъянъ органа (желудокъ!) и сдѣлаетъ изъ этого цѣлую болѣзнь („физическая готовность“). Нѣкоторыя болѣзни, начавшіяся отъ физическихъ причинъ (особенно у дѣтей), продолжаются потомъ чисто психически, чаще всего коклюшъ, хорея и спазмъ вѣкъ. Иногда также конституція не „используется“ непосредственно, а усиливается, благодаря какимъ либо привходящимъ моментамъ, или дѣлается актуальной; позывъ въ мочеиспусканію, когда при переполненномъ пузырѣ слышно журчаніе воды; кашель у коклюшныхъ дѣтей, когда другой ребенокъ начинаетъ кашлять; приступъ кашля при скрытомъ раздраженіи въ гортани, если внезапно почему либо возникаетъ смущеніе.

Значительное количество нервныхъ симптомовъ представляютъ собой символы (параличъ глотанія, потому что больной не можетъ „проглотить“ предложеніе отца). Другіе симптомы представляютъ переработку или „сублимированіе“ подавленныхъ стремленій. (Одинъ больной Pfister'а усердно занимался знахарствомъ лишь въ тѣ періоды, когда онъ практиковалъ coitus interruptus), или же отожествленіе съ лицами, которымъ больной завидуетъ или которыхъ онъ любитъ.

Случайный видъ какого либо предмета можетъ вызвать невротическій симптомъ, однако лишь въ томъ случаѣ, если этотъ предметъ связанъ съ комплексомъ: видъ кожной сыпи, не смотря на все отвращеніе, которая она внушаетъ, вызываетъ у истерички сыпь лишь въ томъ случаѣ, если больная (безсознательно) вспоминаетъ сифилисъ отца.

Иногда аффектъ перемѣщается съ одной идеи на другую: мальчикъ, который много лѣтъ тому назадъ кралъ яблоки, не испытывая никакихъ угрызеній совѣсти, начинаетъ терзать себя по этому поводу послѣ того, какъ онъ началъ онанировать. Мысль о кражѣ яблокъ для него легче, чѣмъ мысль объ онанизмѣ: послѣдняя поэтому вытѣсняется, но ея аффектъ прикрѣпляется къ представленію о кражѣ и придаетъ послѣднему болѣзненную тяжесть. Такими же,

а также, аналогичными путями возникаютъ навязчивыя представленія. Упомянутый въ общей части процессъ кажущагося накопленія аффектовъ можетъ дѣйствовать самостоятельно, но чаще онъ комбинируется съ другими механизмами.

Не всѣ стремленія, желанія и опасенія одинаково патогенны. Наиболѣе важными являются половыя и тѣ, которыя относятся къ самосохраненію.

(Далѣе слѣдуетъ изложеніе отношенія неврозовъ къ половой сферѣ, повторяющія изложенное во второмъ изданіи; см. стр. 430 и 431).

Итакъ психологія аффективной и безсознательной сферы даетъ ключъ къ пониманію неврозовъ и многихъ психопатическихъ симптомовъ: соотвѣтствующіе механизмы имѣются у каждаго человѣка, „всѣ способны къ истеріи". И у здороваго человѣка имѣются въ безсознательной сферѣ желанія, противорѣчащія его сознательной личности и обнаруживающіяся иногда въ „психопатологіи повседневной жизни", то есть въ забываніи, въ ошибкахъ и въ снахъ.

Чѣмъ здоровѣе однако человѣкъ, тѣмъ сильнѣе долженъ быть аффектъ для того, чтобы его послѣдствія могли выросги до размѣровъ невротическихъ симптомовъ. При этомъ острые вредные моменты сравнительно рѣдко вліяютъ, да и то они производятъ лишь острые симптомы, хроническія причины легче вызываютъ длительные симптомы. Больше всего однако вліяютъ патогенно острыя тяжелыя переживанія, если имъ предшествуютъ хроническое расшатываніе силы сопротивленія и постепенное накопленіе скрытыхъ аффектовъ. Однако, если изъ преходящаго симптома возникаетъ длительный или даже общій неврозъ, тогда, обычно, имѣется на лицо не только сознательное или безсознательное желаніе быть больнымъ или желаніе по своему перефантазировать дѣйствительность, но имѣется также и психопатическая конституція. И типичные неврозы испуга отъ землетрясеній и тому подобныхъ катастрофъ наблюдались лишь у психопатовъ, да и тутъ проходили. Желаніе само по себѣ, даже и очень сильное, не можетъ вызвать невроза. Въ теченіе послѣдней войны тысячи людей сгорали желаніемъ выбраться изъ этого ада, благодаря какому либо заболѣванію, однако болѣзнь не появлялась — и конечно не потому, что этому мѣшали нравственныя или другія соображенія; человѣкъ, то есть его безсознательная сфера, долженъ знать дорогу къ опредѣленнымъ симптомамъ, чтобы быть въ состояніи вступить на нее. Многіе познакомились съ этой дорогой, благодаря дрожи отъ испуга во время взрыва гранаты; въ дальнѣйшемъ безсознательное воспоминаніе объ этомъ вновь вызывало дрожательный рефлексъ каждый разъ, когда въ этомъ появлялась надобность. Всѣ хроническія вліянія тоже, въ концѣ концовъ, хотя и не часто, могутъ „истеризировать" человѣка здороваго въ нервномъ отношеніи, то есть дать ему возможность дѣлать истерическіе симптомы, причемъ возможно, что это происходитъ путемъ одного лишь физи-

ческаго нервнаго ослабленія. Во всякомъ случаѣ это происходитъ такимъ образомъ, что будущіе больные испытываютъ на себѣ самихъ множество болѣзненныхъ или нервныхъ симптомовъ и потомъ находятъ ассоціаціонные пути для вызыванія этихъ симптомовъ.

Все вышеуказанное имѣетъ въ виду лишь отдѣльные типы, въ дѣйствительности мы видимъ смѣсь и взаимодѣйствіе самыхъ разнообразныхъ конституцій, механизмовъ и синдромовъ. Въ виду этого принципіально невозможно раздѣлить неврозы на правильно отграниченныя единицы, причемъ все равно взять ли за основу дѣленія конституціи, вызывающія причины, механизмы или синдромы. Нужно ясно представить себѣ различныя возможности и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ посмотрѣть, какая изъ нихъ осуществлена. Сравнительно чистыми случаями являются, напр. моносимптоматическія дѣтскія истеріи, многіе дрожательные неврозы, нѣкоторые навязчивые неврозы. Въ другихъ случаяхъ конституціи и механизмы требуютъ описанія, что въ данный моментъ было бы вполнѣ возможно. Кромѣ того необходимо знать наиболѣе часто встрѣчающіяся группировки конституцій, симптомовъ и ихъ соотношеній, что, къ сожалѣнію, еще недостаточно достигнуто. Все же мы до нѣкоторой степени понимаемъ, почему истерическіе симптомы часто наблюдаются при нервномъ характерѣ: истерія для своего возникновенія, какъ разъ требуетъ чрезмѣрной многогранности, легкой возбудимости и неустойчивости аффектовъ.

Часто встрѣчающаяся комбинація истериформныхъ симптомовъ съ псевдологіей тоже понятна безъ дальнѣйшихъ объясненій. Оба синдрома стремятся въ чемъ либо обмануть себя и другихъ и требуютъ очень сильной, многогранной, но неустойчивой аффективности, подвижности ума и преувеличенной самооцѣнки.

Психопатическія реактивныя формы не имѣютъ точныхъ границъ, не только однѣ отъ другихъ, но и отъ другихъ болѣзней. Особенно трудно ихъ отграничить отъ психопатіи, на почвѣ которыхъ онѣ, собственно говоря, и возникаютъ, такъ что можно, пожалуй, по произволу выдѣлять въ данной картинѣ болѣзни, либо психопатическую конституцію, либо вызванные ею реактивные симптомы. Имѣются несомѣнно конституціональные, односторонніе, гомосексуальные люди. Однако, если имѣется бисексуальность, то лишь случайныя сопоставленія и установки опредѣляютъ, какой моментъ возьметъ верхъ въ половой жизни, гомо- или гетеросексуальный. Многіе выдвигаютъ на первый планъ истерическій характеръ, другіе — симптомы. У импульсивныхъ людей аномалія заключается то въ конституціи, то является реактивнымъ симптомомъ. Kraepelin причисляетъ навязчивыя формы къ числу прирожденныхъ болѣзненныхъ состояній, мы же вмѣстѣ съ большинствомъ другихъ авторовъ причисляемъ ихъ къ реакціямъ и т. д.

Итакъ, мы выдѣляемъ изъ числа психопатическихъ реакцій: интеллектуальныя по симптомамъ формы паранои, бреда преслѣдованія тугоухихъ и индуцированнаго психоза, реактивныя измѣненія характера, реактивныя стремленія (блужданіе, клептоманія, пироманія), неврозы, въ томъ числѣ истерію, псевдоневрастенію, неврозъ ожиданія, навязчивые неврозы. Мы еще разъ однако указываемъ на то, что это лишь искусственное выдѣленіе группъ синдромовъ,

которые обыкновенно генетически и симптоматически комбинируются и переходятъ другъ въ друга. Тѣ же синдромы могутъ развиться и на почвѣ процессныхъ психозовъ, главнымъ образомъ, шизофреніи, отчасти также и эпилепсіи. И лишь, если они появляются, какъ будто самостоятельно ихъ можно считать неврозами. Изъ практическихъ соображеній выдѣляются двѣ этіологическія группы: тюремные психозы и травматическіе неврозы.

Дальнѣйшее изложеніе касается общей прогностики, діагноза, лѣченія и профилактики и повторяетъ безъ измѣненій все сказанное по этому поводу во второмъ изданіи въ гл. объ истеріи см. стр. 426, 427 и 435, 436 и 437.

Въ число психопатическихъ реактивныхъ формъ авторъ вновь включилъ слѣдующіе отдѣлы:

Примитивныя реакціи.

Подъ примитивными реакціями Kretschmer[1]) понимаетъ чрезмѣрныя, или простыя, но неправильныя аффективныя реакціи, какъ напр. крикъ, приступы ярости, аффективный ступоръ, реактивныя депрессіи („тоска по дому"), болѣе рѣдкія, похожія на манію, реактивныя состоянія и т. д. Причислять ли сюда сосудодвигательные и другіе физическіе синдромы, не имѣетъ большого значенія. Эти реакціи ноблюдаются у животныхъ; затѣмъ у дѣтей, у душевно больныхъ и у невротиковъ всякаго рода, и у самыхъ разнообразныхъ психопатовъ, даже у такихъ, которые въ другомъ отношеніи, напр. въ умственномъ, стоятъ очень высоко. Часто они подобно тюремному скандалу появляются въ качествѣ самостоятельныхъ преходящихъ болѣзней.

Реактивныя депрессіи и экзальтаціи.

Реактивныя депрессіи, которыя выростаютъ до размѣра душевиой болѣзни, встрѣчаются довольно рѣдко въ противоположность тому, что объ этомъ принято думать. Поскольку они попадаютъ къ психіатру они, большей частью, представляютъ частный симптомъ другихъ болѣзней, главнымъ образомъ, маніакально-депрессивнаго психоза, а также, конечно, психопатій и неврозовъ. Реактивныхъ маній мы не знаемъ.

Реактивныя измѣненія характера.

Реактивныя измѣненія характера обращаютъ только тогда на себя вниманіе, если это измѣненіе представляетъ ухудшеніе. Большей частью они развиваются въ дѣтствѣ, но могутъ остаться и на всю жизнь, если излеченіе не наступило отъ соотвѣтствующихъ мѣропріятій или кореннаго измѣненія обстановки. Однако и болѣе зрѣлый возрастъ не свободенъ отъ такихъ превращеній. Однимъ изъ такихъ типовъ можно было бы считать Michael Kohlhaas, если не считать его настоящимъ параноикомъ, а слѣдовать описанію Kleist'a. Дальнѣйшія подробности см. добавленіе къ гл. о чрезмѣрномъ и одностороннемъ дѣйствіи аффекта.

---

[1]) Kretschmer, Der sensitive Beziehungswahn. Jul. Springer, Berlin.

Алфавитный указатель.

Алфавитный указатель.

Издательство "Независимая Психиатрическая Ассоциация": 103982 Москва, Центр, Лучников пер. 4.

Формат 60 x 88 1/16. Зак. 6611. Тир. 25000.

Государственное ордена Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени Московское предприятие "Первая Образцовая типография" Министерства печати и информации Российской Федерации. 113054, Москва, Валовая ул., 28.